



Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Ano Lectivo 2016/2017

Inês Pereira Silva, N°26111

Produtividade emocional e ativação emocional em dois casos de sucesso: Comparação entre resultados terapêuticos contrastantes em terapia cognitivo-comportamental e terapia focada nas emoções.

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Trabalho realizado sob Orientação de Professora Doutora Carla Alexandra Castro Cunha e Co-orientação de Professora Doutora Maria Anita Carvalho dos Santos.

(Instituto Universitário da Maia- ISMAI)

Novembro de 2017

Agradecimentos:

E por fim, resta-me agradecer a todo percurso que percorri e a quem o percorreu comigo.

As duas pessoas mais importantes da minha vida, os meus pais, obrigado por todo o carinho, obrigado pelas oportunidades que têm proporcionado na minha vida e pelo o vosso amor em todas as etapas.

À Sara Silva por todas as palavras, pela presença, por acreditar e me lembrar a acreditar em mim. Agradeço de coração que os nossos caminhos se tenham cruzado.

À Dr. Carla Cunha, por todas as palavras nos momentos mais difíceis, pela sua dedicação como orientadora.

À Dr. Anita Santos pela sua disponibilidade e co-orientação no final deste percurso .

À minha família, em especial a “minha tropa”, obrigado pelos os momentos que vivem comigo desde que nasci, por todo o amor e pelas palavras que me dão, obrigado por serem apenas vocês.

Aos meus “mais novos”, Lara, Bruno, Tó e Mel, obrigado por manterem viva a criança que existe em mim, obrigado pelos vosso conselhos e palavras do mundo das crianças que me fazem me lembrar a cada dia como a vida é tão bela e simples.

Aos meus amigos, por fazerem parte da minha vida em todos os momentos da minha vida, em especial a Andreia e Isabel a tudo o que já vivemos e a tudo que já crescemos juntas, obrigado pelo o vosso apoio e amor.

A todas as pessoas que se cruzaram no meu caminho, que tiveram a palavra certa na hora certa.

E por fim, a minha estrela especial, por todo o amor.

Resumo

Estudos realizados em Terapia Focada nas Emoções (TFE) parecem demonstrar que a experiência explícita e consciente da emoção em terapia contribui para o sucesso terapêutico, bem como para a redução da sintomatologia em casos de Perturbação Depressiva. Neste sentido foram escolhidos dois construtos considerados por esta abordagem teórica facilitadores da mudança emocional, produtividade emocional e ativação emocional. Pretendeu-se comparar a evolução da produtividade emocional e ativação emocional ao longo do processo terapêutico em TFE e numa abordagem mais directiva, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), bem como compreender se estes construtos contribuíram para a redução da sintomatologia depressiva e geral em ambas as abordagens. Para tal, foram analisadas 5 sessões de dois casos de sucesso (1 caso em TFE e 1 caso em TCC) codificadas com a *Client Emotion Productivity Scale Revised- CEPS-R* (avalia a expressão e processamento emocional) e a *Client Emotional Arousal Scale-III* (avalia a ativação emocional). Os resultados evidenciaram, que em ambas as terapias, foi possível verificar a presença de produtividade emocional e ativação emocional. No caso em TCC o construto produtividade emocional parece ter contribuído para a redução da sintomatologia depressiva e geral, enquanto em TFE não é possível verificar o mesmo como era esperado. Ao nível da ativação emocional em nenhuma das abordagens foi estatisticamente significativa para a redução da sintomatologia depressiva e geral, mas parece existir uma predominância de ativação emocional e produtividade emocional em sessões relevantes para a mudança terapêutica.

Palavras-Chave: Produtividade Emocional; Ativação Emocional; Emoções; Terapia Focada nas Emoções; Terapia Cognitivo-Comportamental.

Abstract

Studies in Emotion-Focused Therapy (EFT) seems to demonstrate that explicit and conscious experience of emotion in therapy contributes to therapeutic success as well as the reduction of symptomatology in cases of Depressive Disorder. Two constructs were considered and chosen by this theoretical approach facilitators of emotional change, emotional productivity and emotional activation. It was intended to compare the evolution of emotional productivity and emotional activation throughout the therapeutic process in EFT and in a more directive approach, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), as well as to understand if these contributes contributed to the reduction of the depressive and general symptomatology in both approaches. In addition, we analyzed 5 sessions of each case, and coded through two scales, the Client Emotion Productivity Scale Revised - CEPS-R (evaluates expression and emotional processing) and the Emotional Client Arousal Scale-III- (CEAS-III) (evaluate the emotional activation). The results evidenced that in both therapy it was possible to verify the presence of emotional productivity and emotional activation. In the case of CBT, the emotional productivity construct seems to have contributed to the reduction of the depressive and general symptoms, but in EFT it is not possible to verify the same, as expected. At the level of emotional activation in none of the approaches was statistically significant for the reduction of depressive and general symptomatology, but there seems to be a predominance of emotional activation and emotional productivity in sessions relevant to the therapeutic change.

Keywords: Emotional Productivity; Emotional Activation; Emotions; Emotion-Focused Therapy; Cognitive Behavioral Therapy

Índice

1.Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento teórico.....	3
1. A Emoção e o seu papel em psicoterapia.....	3
2. Introdução aos modelos terapêuticos	4
2.1 Terapia Focada nas Emoções	4
2.2 Terapia Cognitivo-Comportamental	6
3. Ativação emocional e o seu papel na mudança em psicoterapia.....	7
3.1 Ativação emocional em Terapia Focada nas Emoções.....	7
3.2 Ativação Emocional em Terapia Cognitivo-Comportamental.....	9
3.3 Contraste da ativação emocional nas diferentes abordagens.....	11
4. Produtividade Emocional	12
Capítulo II – Estudo Empírico.....	18
1. Questões de investigação e objetivos.....	18
2.Método.....	18
2.1. Participantes	18
2.1.1 Caso Marta (Terapia Cognitivo Comportamental).....	19
2.1.2 Caso Júlia (Terapia Focada nas emoções)	20
2.1.3 Terapeutas.....	21
2.1.3 Juízas	21
2.2. Instrumentos.....	22
2.2.1 Medidas de resultado	22
2.2.2 Medidas de processo.....	23
2.3 Procedimentos	26
3.Resultados	27
3.1 Análise da Produtividade emocional ao longo da Terapia Cognitiva Comportamental e Terapia Focada nas emoções.....	27
3.2 Análise da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva e geral ao longo do processo terapêutico em Terapia Cognitivo Comportamental e Terapia Focada nas Emoções	31
3.3 Análise da produtividade emocional e ativação emocional longo do processo terapêutico em Teoria Cognitivo Comportamental e Terapia Focada nas Emoções.....	35
3.4 Análise da produtividade emocional e intensidade emocional ao longo do processo terapêutico em terapia cognitivo-comportamental e terapia focada nas emoções	37
3.5 Análise da produtividade emocional e valência emocional ao longo do processo terapêutico em terapia cognitivo-comportamental e terapia focada nas emoções	41

4. Discussão	44
5. Conclusão, limitações do estudo e futuras investigações	55
6. Referências Bibliográficas	58

Índice de Tabelas

Tabela 1- Avaliação da sintomatologia depressiva (BDI-II) e geral (OQ-45) em TCC.....	21
Tabela 2 - Avaliação da sintomatologia depressiva (BDI-II) e geral (OQ-45) em TFE.....	22
Tabela 3 - Subescalas de Produtividade emocional (Adaptado de Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010).....	24
Tabela 4 - Categoria emocional e valência emocional (Adaptado de Warwar & Greenberg, 1999).....	26
Tabela 5 - Tabela 5: Níveis de ativação emocional (Adaptado de Warwar & Greenberg, 1999).....	27

Índice de figuras

Figura 1: Caso A (TCC) - Evolução da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico.....	29
Figura 2: Caso B (TFE) - Evolução da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico.....	30
Figura 3: Caso A (TCC) - Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva e geral ao longo do processo terapêutico.....	32
Figura 4: Caso B (TFE) - Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva e geral ao longo do processo terapêutico.....	34
Figura 5: Caso A (TCC) - Evolução da produtividade emocional e ativação emocional ao longo do processo terapêutico.....	36
Figura 6: Caso B (TFE) - Evolução da produtividade emocional e ativação emocional ao longo do processo terapêutico.....	37
Figura 7: Caso A (TCC) Evolução da produtividade emocional e da intensidade emocional ao longo do processo terapêutico.....	39
Figura 8: Caso B (TFE)- Evolução da produtividade emocional e da intensidade emocional ao longo do processo terapêutico.....	40
Figura 9: Caso (TCC) - Evolução da produtividade emocional e da valência emocional ao longo do processo terapêutico.....	42
Figura 10 : Caso B (TFE) - Evolução da produtividade emocional e da valência emocional ao longo do processo terapêutico.....	43

Índice de Abreviaturas

TFE - Terapia Focada nas Emoções

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

CESP-R - Client Emotional Productivity Scale – Revised

CEAS – III - Client Emotional Arousal Scale – III

BDI-II – Beck Depression Inventory - II

OQ45 – Outcome Questionnaire – 45

1.Introdução

A presente dissertação foi elaborada no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia (ISMAI). Nesta dissertação são analisados dois casos clínicos com sucesso terapêutico de Perturbação depressiva, um sob a orientação da abordagem Terapia Focada nas Emoções (TFE) e outro em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O estudo realizado teve como objectivo analisar e comparar em dois casos de sucesso a evolução da produtividade emocional e ativação emocional ao longo do processo de mudança nos dois modelos teóricos. Por último pretendeu ainda compreender de que forma estes dois constructos podem contribuir para a redução da sintomatologia depressiva e geral em ambas as abordagens.

Até ao presente, a investigação em psicoterapia tem reunido esforços para compreender como se processa a mudança em psicoterapia e quais as dimensões necessárias para que isso aconteça. Recentemente, a investigação tem-se debruçado sobre o papel das emoções no processo de mudança. Em TFE, os estudos têm demonstrado a eficácia de alguns constructos no processo de mudança emocional e na redução da sintomatologia. Neste sentido foram escolhidos dois desses constructos, a ativação emocional e a produtividade emocional, e pretendeu-se compreender de que forma os mesmos se processam ao longo da terapia.

Em contraste, sendo a TCC uma abordagem considerada mais directiva, parece existir uma escassez de estudos relacionados com os processos emocionais e qual o seu papel efetivo na mudança terapêutica. Desta forma e em consideração que até ao presente a investigação evidencia um papel positivo da produtividade emocional e ativação emocional no processo de mudança, enfatiza-se a relevância da análise destes constructos em TCC como forma de auxiliar e contribuir para a compreensão de como os mesmos se relacionam e podem contribuir para a mudança nesta mesma abordagem (Ausra & Greenberg, 2007; Greenberg, 2012; Greenberg & Pascual Leone, 2006; Greenberg & Ausra & Herrmann, 2007; Samoilov, & Goldfried, 2000).

A presente está dissertação está organizada em dois capítulos. O primeiro capítulo inicia-se com o enquadramento teórico acerca do tema apresentado, abordando o papel das emoções em psicoterapia, em particular, em TFE e em TCC. Segue-se uma breve descrição dos conceitos de ativação emocional nas diferentes abordagens, e por fim o conceito de produtividade emocional. No segundo capítulo, apresenta-se o estudo empírico, com o método do presente estudo, e a descrição e a discussão dos resultados obtidos.

Capítulo I – Enquadramento teórico

1. A Emoção e o seu papel em psicoterapia

Estudos realizados em diversas abordagens teóricas, têm movido a investigação a tentar compreender qual o papel efetivo das emoções e de que forma os fenómenos emocionais são processados em terapia (Burum, & Goldfried, 2007). Desde a existência do ser humano, que as emoções têm desempenhado um papel fundamental na sobrevivência, adaptação e evolução da espécie. Revelando um potencial inato, estas mostram ser um veículo para o indivíduo se conectar com as suas necessidades mais básicas, representando um papel relevante no que concerne a conduzir o ser humano a agir (Damásio, 1994; Greenberg 2002). Neste sentido, dotadas de informações primárias, as emoções alertam o ser humano para situações de perigo, como também o conduzem a atender às suas necessidades e ao seu bem-estar.

Reconhecendo a importância das emoções no funcionamento do ser humano, terapeutas de diferentes abordagens teóricas, predominantemente de abordagens mais experienciais, salientam a experiência emocional como um ingrediente fundamental para compreender como se processa a mudança em psicoterapia (Greenberg, 2010; Samoilov & Goldfried, 2000). Alguns destes autores, nomeadamente no âmbito da Terapia Focada nas Emoções, sugerem que, para se atingir um bom resultado terapêutico, devem ser ativados alguns processos emocionais, tais como a expressão, a simbolização e a ativação da emoção (Greenberg & Pascual Leone, 2006).

Neste entendimento, parece ser a presença em conjunto dos processos acima descritos que contribui para a mudança. Como tal, além de perceber qual o papel da emoção, parece ser relevante compreender de que forma o indivíduo experiencia e processa as suas emoções, visto que isso poderá permitir ou não uma melhor ou pior adaptação ao seu quotidiano, bem como contribuir para o seu bem-estar, ou pelo contrário, para o seu mal-estar (Greenberg, 2002).

Dada importância da experiência emocional no sucesso de algumas abordagens humanistas e experienciais, torna-se pertinente compreender de que forma o mesmo pode acontecer em abordagens teóricas mais racionais. Burum e Goldfried, (2007), na tentativa de compreender de que maneira a emoção é trabalhada tendo em conta as diferenças das abordagens teóricas, sugerem que a forma como são medidas e definidas as emoções, depende muitas vezes do propósito e dos objetivos a serem atingidos em cada terapia. Ou seja, o trabalho emocional deve seguir o curso dos objetivos da terapia, sendo necessário compreender que parece ser possível trabalhar com a emoção com o objetivo primordial de a reduzir ou eliminar (e.g., reduzir a sintomatologia depressiva e ansiosa face a alguma experiência) como parece acontecer em abordagens mais diretivas, nomeadamente no caso da Terapia Cognitivo-Comportamental, ou como algo para experienciar e potencializar (e.g., explorar a tristeza após a perda), predominantemente em abordagens mais experienciais, nomeadamente, como é o caso em Terapia Focada nas Emoções.

2. Introdução aos modelos terapêuticos

2.1 Terapia Focada nas Emoções

Na Terapia Focada nas Emoções (TFE), como o próprio nome indica, as emoções desempenham um papel fundamental na construção do “eu”, no funcionamento e organização do self (Greenberg & Angus, 2004; Greenberg, 2010; Greenberg, 2014). O foco desta terapia é na emoção e na sua transformação. Para que o processo de mudança ocorra, pretende-se utilizar o potencial adaptativo das emoções primárias, transformar emoções desadaptativas por emoções adaptativas, e promover experiências e significados emocionais mais adaptativos (Paivio, 2013).

Assim sendo, na TFE utiliza-se intencionalmente o potencial adaptativo das emoções, enfatizando a importância de todo o tipo de emoções, negativas e positivas, para o

funcionamento do ser humano (Greenberg, 2007, Greenberg & Pascual-Leone, 2006). De forma a facilitar a distinção entre os diferentes recursos emocionais, a presente abordagem teórica, agrupou as emoções em categorias emocionais, permitindo assim de forma mais clara, compreender o trabalho emocional: 1) Emoção primária adaptativa; 2) Emoção primária desadaptativa ; 3) Emoções secundárias, 4) Emoções instrumentais (Greenberg, 2010).

As emoções primárias adaptativas são respostas orgânicas do indivíduo face às suas necessidades, ou seja, as emoções primárias alertam o indivíduo perante uma situação de perigo, como também o conduzem em busca da satisfação do seu bem-estar. Contêm informação central para a organização da ação, e devem ser fluídas, não perdurando no tempo. Relativamente às emoções primárias desadaptativas, perduram no tempo devido a experiências emocionais passadas, impedem que o indivíduo seja flexível nas suas respostas emocionais no presente e na criação de novos significados emocionais, são no entanto, passíveis de transformação, e necessitam de ser ativadas para serem transformadas por respostas emocionais mais adaptativas (Greenberg, 2004).

As emoções secundárias são respostas emocionais sobrepostas às emoções primárias, sejam elas adaptativas ou desadaptativas, são maioritariamente advindas de experiências emocionais passadas, e, ao longo do tempo, tornam-se mecanismos que não permitem ao indivíduo aceder e processar a sua experiência emocional. Por norma, são respostas emocionais mais sintomáticas. Por exemplo, sentir-se deprimido por sentir raiva face a alguma situação, bloqueando assim o indivíduo para a consciencialização das suas emoções primárias, e por consequência, ao atendimento das suas necessidades. Por sua vez, apesar das emoções secundárias não serem produtivas para o processamento emocional, a sua exploração e ativação parecem auxiliar o terapeuta a conseguir identificar e a conduzir o cliente para as suas emoções primárias (Greenberg & Pascual-Leone, 2006).

Por último, as emoções instrumentais são caracterizadas por padrões de comportamento emocional que as pessoas por vezes utilizam de forma a dominar o outro ou a conseguir algo pretendido. Convém notar que este processo pode ser consciente, mas também pode ser inconsciente para a pessoa. Por exemplo, uma pessoa pode evocar o choro para obter algum tipo de simpatia e compaixão por parte de outra pessoa de forma consciente, como pode fazê-lo sem consciência do seu objetivo e necessidade. Normalmente, estas emoções não são produtivas em terapia, visto que impedem o cliente de entrar em contacto com a realidade da sua experiência emocional (Greenberg, 2004; Greenberg & Pascual-Leone, 2006).

No sentido de conseguir estruturar um trabalho efetivo através das emoções, a TFE assenta numa intervenção guiada por “marcadores”; ou seja, o terapeuta deve ser capaz de identificar problemas emocionais e sugerir tarefas terapêuticas específicas com o objetivo de auxiliar e facilitar a expressão de sentimentos e significados (Paivio, 2013)

Estes marcadores são maioritariamente tarefas experienciais e permitem ao cliente “no aqui e no agora” em terapia, entrar em contacto com a sua experiência emocional, e atribuir-lhe um novo significado (Paivio, 2013).

Para que o contacto com a experiência ocorra e seja possível uma mudança emocional, a aliança terapêutica assume um papel fundamental durante todo o processo terapêutico, onde competências como a empatia, validação e uma postura genuína e sintonizada momento a momento por parte do terapeuta parecem encorajar o cliente a expressar as suas necessidades e promovem a mudança (Paivio, 2013; Greenberg, 2004; Greenberg, 2010).

2.2 Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) compõe-se por uma abordagem diretiva, estruturada e colaborativa (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

Tem como princípio fundamental reestruturar esquemas cognitivos desadaptativos, maioritariamente desenvolvidos por experiências passadas dolorosas e que no presente afetam

as condutas do cliente. Com o auxílio do terapeuta, o cliente participa ativamente na identificação dos seus pensamentos automáticos e crenças disfuncionais que estão a manter o esquema base, proporcionando assim a capacidade ao próprio, de ir desenvolvendo competências e alternativas aos seus pensamentos e comportamentos (Powel, 2008).

Através da reformulação de pensamentos automáticos e comportamentos por informação mais realista, é esperada uma mudança cognitiva e comportamental que possibilite ao cliente uma conduta mais adaptativa e flexível face a sua realidade (Beck et al., 1979). Ainda nesta abordagem teórica, as emoções assumem um papel relevante na identificação de pensamentos chave para o processo e mudança terapêutica, através das respostas emocionais, é possível verificar qual o esquema cognitivo que está a causar mal-estar ao cliente (Beck, 2011).

A mudança terapêutica é atingida através da modificação das cognições e pensamentos negativos acerca da experiência, auxiliando o indivíduo a alcançar uma visão mais flexível e adaptativa, proporcionando uma mudança comportamental e um maior bem-estar (Beck et al., 1979).

3. Ativação emocional e o seu papel na mudança em psicoterapia.

3.1 Ativação emocional em Terapia Focada nas Emoções

Como podemos verificar, em TFE, a emoção é um elemento central e determinante para a auto-organização do indivíduo (Greenberg, 2010). Em terapia o cliente é encorajado pelo terapeuta a entrar em contacto com as suas emoções concentrando-se nas sensações corporais, pensamentos e sentimento (Greenberg, 2004) .

Um dos princípios da mudança emocional é “mudar emoção com emoção”. Para que isso aconteça, parece ser necessário a ativação das emoções primárias relativas aos esquemas emocionais relacionados com as problemáticas expostas pelo cliente (Greenberg, 2004). Muitas vezes fruto de experiências dolorosas precoces, os esquemas emocionais contêm

emoções implícitas que necessitam de ser ativadas a fim de serem passíveis de transformação por informação mais adaptativa (Lane, Ryan, Nadel, & Greenberg, 2015).

Greenberg e Pascual-Leone (2006) referem-se à ativação emocional como a capacidade do cliente estar conscientemente em contacto com a sua experiência emocional. Neste sentido, parece ser inicialmente através da ativação de estruturas desadaptativas que surge a possibilidade de uma nova auto organização que permite ao cliente novas respostas emocionais mais adaptativas face à situação antiga (e.g., ativar e experienciar uma raiva assertiva por ter sido invalidado/a o que desfaz a emoção de vergonha).

A experiência de diferentes respostas emocionais “no aqui e no agora” durante a terapia promove a transformação de respostas emocionais antigas por novas respostas mais adaptativas face as experiências dolorosas do passado, e consolida as novas respostas adaptativas para situações semelhantes no futuro (Lane, Ryan, Nadel, & Greenberg, 2015).

Na literatura parecem existir estudos nesta abordagem que corroboram a importância da ativação emocional na mudança terapêutica bem como na redução da sintomatologia associada a estas mesmas problemáticas. Um estudo realizado por Missirlan, Toukmanian, Warwar, e Greenberg, (2005), com uma amostra de 32 clientes submetidos a TFE, pretendeu verificar de que forma a aliança terapêutica, a ativação emocional e as estratégias de processamento contribuíam para a redução da sintomatologia. Os resultados demonstraram que a combinação entre a ativação emocional e o processamento emocional parece ser mais eficaz do que uma destas variáveis sozinhas na redução da sintomatologia. Por sua vez, a aliança terapêutica parece também contribuir de alguma forma para a redução da sintomatologia depressiva.

Um outro estudo realizado por Carryer e Greenberg (2010), em TFE, reuniu 38 clientes depressivos com sintomatologia associada, na qual tinha como objetivo compreender qual a relação entre a ativação emocional, a frequência da expressão emocional e o resultado terapêutico. Os resultados demonstraram que a ativação emocional por si só não parece

produtiva para o resultado terapêutico, ou seja, ao que parece é a intensidade da ativação emocional que permite ou não que a ativação seja produtiva para a terapia. Os participantes com elevada ativação emocional e os participantes com valores reduzidos em ativação emocional parecem não ter obtido a mudança desejada em comparação com os participantes que ao longo do processo conseguiram ativar emocionalmente de forma regulada e expressando a sua experiência sem afetar a capacidade de processamento emocional e processar a sua experiência.

Neste sentido para que a ativação emocional seja produtiva em terapia e contribua para a mudança, a ativação por si só parece não ser suficiente. Parece ser a ativação emocional aliada a constructos como a expressão e processamento emocional que parecem contribuir para mudança. Entenda-se como expressão a capacidade que os clientes têm em terapia de aceder e verbalizar a sua experiência interna de modo a conseguir simbolizar e contribuir para processamento da sua experiência. Desta forma, é pretendido que o cliente se torne consciente da sua experiência emocional, a regule e aceite para que possa ser transformada. Estes processos parecem ser melhor facilitados por uma forte aliança terapêutica, que encoraja, apoia e guia o cliente na sua experiência (Auszra & Greenberg, 2007).

3.2 Ativação Emocional em Terapia Cognitivo-Comportamental

Comparativamente, em TCC o sofrimento emocional é visto como uma consequência de esquemas cognitivos desadaptativos. Em terapia, a emoção assume um papel importante na identificação de pensamentos chave relacionados com esquema base, através de exercícios de *role-play*, técnicas de imaginação, e trabalhos de casa. Os terapeutas evocam respostas emocionais de forma a identificar e a reformular esses pensamentos negativos face a experiência (Samoilov & Goldfried, 2000).

Assim sendo, apesar do foco em TCC ser a reestruturação comportamental e cognitiva, a emoção parece desempenhar um papel de “guia” para aceder aos processos cognitivos e

comportamentais mais inconscientes pelo cliente, auxiliando-o a trazer a consciência de forma a serem passíveis de transformação por informação mais adaptativa (Beck, 2011; Samoilov & Goldfried, 2000).

Neste sentido, parece relevante aprofundar qual o papel efetivo da emoção e, conseqüentemente, da ativação emocional e do processamento emocional na TCC. No entanto, a escassez de estudos relativamente a estes construtos nesta abordagem parecem tornar pouco claro de que forma se processam as experiências emocionais em terapia, bem como de que forma a ativação emocional destas experiências parecem contribuir para a mudança (Samoilov & Goldfried, 2000).

Por outras palavras, parece existir a possibilidade de que em TCC a ativação emocional possa contribuir para que a mudança ocorra. Alguns estudos realizados em técnicas baseadas na exposição parecem demonstrar que ativação emocional parece ser uma ferramenta relevante na mudança terapêutica e um componente pertinente na realização de mudanças duradoura (Foa & Kozak, 1986; Hartman & Zimberoff, 2004).

Assim, como em TFE algumas destas técnicas são abordadas em terapia, poderá ser relevante compreender os resultados destes estudos e perceber de que forma podem sustentar a possibilidade de que em TCC o mesmo possa acontecer (Samoilov & Goldfried, 2000).

Um estudo realizado por Foa e Kozak (1986) pretendeu elucidar como as técnicas baseadas na exposição auxiliavam na redução das estruturas do medo. Visto que para os autores o medo está representado nas estruturas da memória, a alteração destas estruturas é efetivada a partir da ativação das respostas fisiológicas e verbais associadas ao medo, e em simultâneo a introdução de informação mais realista face as a estas estruturas. Deste modo, parece que a habituação à exposição e por consequência a ativação destas estruturas ao longo da terapia aliadas a introdução de nova informação, parecem ter contribuído para a uma redução gradual

do medo e por consequência realizado modificações nas memórias que contribuía para a manutenção destas respostas (Foa & Kozak, 1986).

Um outro estudo realizado por Jaycox, Foa, e Morral, (1998), com 37 participantes do sexo feminino vítimas de violação com Perturbação de Stress Pós-Traumática, verificaram que na fase inicial da terapia a exposição e ativação das estruturas de memórias referentes ao trauma através da reexperienciação imaginária e habituação parecem ter contribuído para a redução da angústia nas sessões seguintes. Os resultados evidenciaram também que parece existir uma relação entre o envolvimento emocional elevado nas primeiras sessões e uma diminuição da ativação de sentimentos dolorosos ao longo do tratamento (Foa et. Al, 1998). Estes resultados parecem corroborar a importância da ativação emocional para a alteração de estados emocionais e cognitivos desadaptativos, visto que parece ser através da ativação destes estados que os mesmos se tornam passíveis de serem transformados por informação mais realista (Samoilov & Goldfried, 2000).

3.3 Contraste da ativação emocional nas diferentes abordagens.

Em suma, parece que em ambas as abordagens a ativação emocional parece facilitar o processo de trazer à consciência o que está a manter o sofrimento emocional. No entanto, parecem diferir na relevância que atribuem a exploração da emoção, ou seja, como esta se processa ao longo da terapia e nas intervenções que são utilizadas para que o cliente entre em contacto com a sua experiência emocional (Coombs, Coleman, & Jones, 2002; Samoilov & Goldfried, 2000).

Por outras palavras, parece que em TFE a ativação emocional é utilizada de forma explícita e intencional, ou seja, o terapeuta direciona a sua intervenção no sentido de ativar e explorar as experiências emocionais (Safran & Greenberg 1987). Comparativamente, em TCC a ativação emocional parece surgir como consequência de estratégias mais relevantes para o modelo, ou seja, através de intervenções que desafiam os pensamentos e crenças desadaptativas do cliente e

que, por consequência, acabam por estimular o contacto com a experiência emocional relacionadas com os esquemas (Samoilov & Goldfried, 2000).

Neste sentido, as evidências da literatura sugerem que a experiência explícita e consciente da emoção parece ser um ingrediente relevante para a mudança em psicoterapia, e que parece ser possível verificar que independentemente da respetiva abordagem teórica, a ativação emocional e o processamento emocional parecem contribuir para o sucesso terapêutico (Safran & Greenberg 1987; Martin & Dahlen, 2005; Watson & Bedard, 2006).

4. Produtividade Emocional

O processamento emocional apresenta-se como um constructo que foi implementado em alguns modelos terapêuticos como meio para compreender como os clientes processam as suas emoções e experiências emocionais em terapia. (Auszra, Greenberg, & Herrmann, 2013).

Em TFE, o processamento emocional parece ser um constructo fundamental para a promoção de um bom resultado terapêutico bem como uma ferramenta para compreender de que forma é possível alcançar a mudança em terapia (Auszra & Greenberg, 2007).

Nesta abordagem teórica, entende-se como processamento emocional o processamento de eventos emocionais disponíveis à consciência, que possibilitam a resolução de problemas, construção de novos significados e a transformação de emoções desadaptativas em emoções adaptativas (Greenberg & Safran, 1987; Greenberg & Van Balen, 1998). Para que o processamento ocorra, esta abordagem destaca quatro processos que parecem ser benéficos, nomeadamente a consciencialização e ativação emocional, a regulação da experiência emocional, a reflexão e atribuição de significado á experiência emocional e, por último, a transformação emocional (Greenberg, 2004).

A promoção da consciência e a ativação emocional parecem ser o primeiro passo para que o trabalho emocional possa ocorrer. É necessário que o cliente seja capaz de ativar e aceitar as

suas emoções de forma a conseguir entrar em contacto com a sua experiência emocional e trazer à consciência informação adaptativa acerca das suas necessidades e tendências à ação (Greenberg & Pascual-Leone 2006).

Para que o contacto com a experiência emocional seja produtivo, o paciente deve ser também capaz de regular as suas emoções e permitir que o processamento cognitivo ocorra, neste sentido parece ser através da ativação e regulação emocional nas várias fases do processo que o processamento afetivo e cognitivo em conjunto se torna possível (Greenberg, 2004).

Ao que a literatura indica, a relação terapêutica parece ter um papel fundamental na autorregulação do cliente, é sugerido que uma postura empática combinada com um ambiente apoiante, seguro e encorajador parecem ser fundamentais para que o cliente aprenda a se auto-acalmar, restaurar o seu equilíbrio emocional e desenvolver ferramentas como a identificação das suas próprias emoções, aceitação das mesmas, e conseguir reduzir a vulnerabilidade face as emoções negativas (Greenberg, 2002; Linehan, 1993). Caso o cliente se encontre sub-regulado e tenha dificuldade em aceder a sua experiência emocional o terapêutica auxilia este contacto através da evocação de respostas emocionais (Greenberg, 2002; Linehan, 1993). Quando o cliente está consciente da sua experiência emocional, consegue ativar e aceitar e é capaz de regular as suas emoções segue-se a reflexão e atribuição de significado à experiência emocional (Greenberg, 2004).

Esta etapa parece estar intimamente ligada com a capacidade do cliente estar consciente das suas emoções, é através deste contacto consciente que o cliente com o auxílio do terapeuta consegue atribuir significado a emoção. Além do valor da consciência emocional como fonte de informação, a capacidade de simbolizar a emoção na consciência parece promover a reflexão na experiência necessária para criar um novo significado, o que por sua vez ajuda os clientes a desenvolver novas narrativas que expliquem a sua experiência (Greenberg, 2002, 2007). Estas novas narrativas parecem contribuir para uma visão mais flexível de si e da sua experiência, e

promover respostas mais adaptativas no futuro face a situações semelhantes (Greenberg & Angus 2004; Greenberg & Pascual-Leone, 1997).

Por último, a construção destas novas narrativas parecem contribuir para que possa ocorrer a transformação emocional, ou seja, esta transformação assenta em deixar cair emoções como o vergonha, sendo estas desadaptativas, dando lugar a emoções mais adaptativas como por exemplo a raiva (Greenberg, 2004). O objetivo é então a mudança de uma emoção com outra emoção, concluindo-se que um estado emocional desadaptativo pode ser transformado por um estado emocional mais adaptativo (Greenberg, 2002, 2007). Baseada na teoria do processamento emocional em TFE, e numa tentativa de operacionalizar e conseguir investigar empiricamente quais as dimensões necessárias para um processamento emocional produtivo, foi criado o constructo de Produtividade Emocional (Auszra & Greenberg 2007; Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010)

A produtividade emocional permite aos terapeutas conseguir avaliar quais as expressões emocionais que estão a auxiliar o cliente e quais as expressões emocionais que não estão a ser produtivas para o processo terapêutico (Greenberg et.al, 2010) .

Assim, é sugerido que o terapeuta de uma forma mais eficaz consiga discriminar se o trabalho emocional está a ser produtivo em sessão ou não. Se sim, considerar continuar, caso não esteja a ser produtivo é necessário reconsiderar com o cliente qual o caminho a seguir e identificar qual a dimensão do trabalho emocional que necessita ser trabalhada de forma a facilitar o processo de transformação do cliente (Auszra & Greenberg, 2007).

No sentido de auxiliar os terapeutas neste processo, foi criada uma escala que permite compreender quais as dimensões necessárias para que o processamento emocional produtivo ocorra, esclarecer como a emoção que está a ser processada ao longo das sessões, e se está a ir de encontro aos objetivos terapêuticos ou não (Greenberg et.al, 2010). A escala é *Client Emotional Productivity Scale Revised (CEPS-R)* (Greenberg, et.al 2010) e contém três

dimensões: 1) Ativação Emocional; 2) Tipo de Emoção; 3) Processamento Emocional, que a seguir se descrevem.

1) Ativação Emocional

Como já foi referido ao longo da presente dissertação, a ativação emocional tem demonstrado ser um ingrediente relevante para que o processamento emocional ocorra. Neste sentido, é necessário que o terapeuta consiga avaliar a presença de ativação emocional em terapia (Auszra, & Greenberg, 2007). Por outras palavras, o terapeuta deve ser capaz de monitorizar a experiência emocional do cliente e verificar indicadores físicos, verbais e posturas de que a ativação emocional esteja a ocorrer (Auszra, & Greenberg, 2007).

É necessário que o terapeuta se certifique que o cliente está realmente em contacto com a sua emoção ou se está apenas a intelectualizar, pois só contacto com a sua experiência emocional é considerado significativo para a terapia, caso não existam sinais de que a ativação emocional esteja a ocorrer os terapeutas devem evocar experiências emocionais toleráveis pelo cliente e auxiliar o cliente a entrar em contacto com as suas emoções (Greenberg, 2002; Greenberg & Watson, 2006; Auszra & Greenberg, 2007).

2) Tipo de emoção

Além da ativação emocional é necessário que a emoção ativada seja relevante para o processo do cliente e permita que o mesmo consiga construir novos significados e assimilar nova informação (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). Neste sentido e de forma a auxiliar o terapeuta a distinguir quais as emoções a serem evocadas, os autores da presente escala consideram apenas a ativação das emoções primárias relevante para que a produtividade emocional ocorra (Auszra, & Greenberg, 2007).

É então pretendido que o terapeuta consiga distinguir os diferentes tipos de emoções ao longo da terapia e que seja capaz de auxiliar os seus clientes da mesma forma a discriminar as suas emoções (Greenberg, 2002; Greenberg & Paivio, 1997; Auszra & Greenberg, 2007). Neste

seguimento, os terapeutas podem facilitar um maior acesso as emoções primárias dos clientes e promover assim o processamento emocional produtivo, para que tal ocorra é necessário que estas sejam exploradas e refletidas se forem adaptativas, e transformadas ou desfeitas no caso de serem adaptativas (Auszra & Greenberg, 2007).

3) Processamento Emocional

Baseado na dinâmica do processamento emocional em TFE e com o intuito de clarificar qual o movimento necessário para que o processamento emocional ocorra de forma produtiva, a escala de produtividade emocional divide o processamento emocional em sete fases (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2013) . A descrição mais detalhada das fases necessárias permite ao terapeuta compreender caso o processamento não esteja a ser produtivo qual a a fase que necessita de ser trabalhada (Auszra & Greenberg, 2007). É necessário então que para que o processamento da emoção ocorra estejam presentes os seguintes critérios: 1) atender a emoção, ou seja, o cliente deve ser capaz de conscientemente atender a emoção primária ativada; 2) simbolização, ou seja, o cliente deve ser capaz de conscientemente expressar a emoção e conseguir atribuir-lhe significado; 3) congruência, ou seja, as expressões verbais devem ser concordantes entre si e congruentes com a emoção ativada; 4) regulação, ou seja, o cliente deve ser capaz de conseguir regular a intensidade da sua experiência emocional evitando que esta se sobreponha ao processamento cognitivo; 5) aceitação, ou seja, deve ser capaz de aceitar e "ficar com a emoção dolorosa" e não evitar a experiência; 6) agência, ou seja, o cliente deve ser responsável pela sua experiência emocional e assumir um papel ativo na construção de novos significados emocionais para si; 7) diferenciação, ou seja, o cliente deve ser capaz ao longo da terapia de experienciar e expressar diferentes emoções primárias e não ficar bloqueado na mesma emoção ao longo do processo terapêutico (Auszra, Greenberg, & Herrmann, 2010).

Em suma, para que seja considerada a presença de produtividade emocional o cliente deve ser capaz de atender às três dimensões da escala, neste sentido ao longo do processo terapêutico

deve ser capaz de ativar as suas emoções primárias e processar e transformar a sua experiência emocional tendo em conta o modo de processamento (Auszra & Greenberg, 2007).

Na literatura, é possível verificar alguns estudos prévios onde foram utilizadas a escala de produtividade emocional. Auszra e Herrman (2007) conduziram um estudo com uma amostra de 74 participantes depressivos que receberam tratamento numa abordagem experiencial. O estudo tinha o objetivo de examinar a validade da escala e de que forma era operacionalizado um processamento emocional produtivo em terapia. Os resultados sugeriram que na fase do processo terapêutico onde os clientes apresentavam uma maior produtividade emocional, a sintomatologia depressiva diminuía.

Os mesmos autores Greenberg, Auszra e Herrman (2007), realizaram uma outra investigação, onde pretendiam analisar a relação entre a produtividade emocional do cliente, a ativação emocional, e os resultados da terapia experiencial da depressão. Os resultados do estudo sugeriram que não existiu diferenças na ativação emocional entre os clientes, mas sugerem que os clientes que foram capazes de experienciar um maior número de emoções produtivas revelaram melhores resultados psicoterapêuticos.

Por fim, em consideração com os resultados dos estudos prévios, a produtividade emocional parece ser um conceito que proporciona uma facilitação e orientação para o processamento efetivo dos clientes e por consequência parece contribuir para um bom resultado terapêutico (Auszra & Greenberg, 2007).

Os autores sugerem ainda que este constructo pode ser útil para terapeutas de outras abordagens teóricas visto que a facilitação do processamento emocional tem sido considerado por vários pesquisadores e escolas teóricas vital na mudança terapêutica. Assim sendo, parece ser pertinente a analisar a relação deste constructo com outras abordagens e qual o impacto para a mudança nas mesmas (Auszra & Greenberg, 2007; Greenberg et.al, 2013).

Capítulo II – Estudo Empírico

1. Questões de investigação e objetivos

A presente investigação tem como objetivo central comparar a produtividade emocional e a ativação emocional ao longo do processo terapêutico em TFE e TCC.

A pertinência deste estudo prende-se pela diferença das técnicas e estratégias utilizadas em cada um dos modelos aliadas ao recente constructo de produtividade emocional. Outro fator relevante é perceber de que modo ao longo do processo terapêutico a ativação emocional se revela necessária para a mudança terapêutica e redução da sintomatologia associada em cada um dos modelos. Assim, foram identificados os seguintes objetivos:

- Descrever e comparar a evolução da produtividade emocional em TFE e TCC.
- Analisar a relação entre a sintomatologia depressiva e geral e a produtividade emocional nas duas abordagens;
- Analisar a relação entre produtividade emocional e ativação emocional nas duas abordagens;
- Analisar a relação entre a produtividade emocional e a intensidade emocional;
- Analisar a relação entre a produtividade emocional e a valência emocional nas duas abordagens;

2.Método

2.1. Participantes

A amostra utilizada para a realização deste estudo reuniu participantes que integraram o projeto "Descentração e Mudança em Psicoterapia", realizado no ISMAI, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (referência PTDC/PSI-PCL/103432/2008), e teve como objetivo principal analisar a eficácia da psicoterapia na Depressão Ligeira e Moderada sem farmacoterapia.

O projeto "Descentração e Mudança em Psicoterapia" integrou apenas adultos que reuniam critérios para a depressão ligeira e moderada, os critérios de exclusão foram os seguintes: 1) no

momento encontrarem-se a utilizar qualquer tipo de fármacos para a depressão; 2) comorbilidade com outras perturbações, nomeadamente perturbações do Eixo I e II do DSM-IV, como o Abuso de Substâncias, Psicose, Perturbação de Pânico, Perturbação Bipolar, Perturbação *Boderline*, uma Perturbação alimentar, Perturbação Antissocial ou Esquizotípica; 3) no momento estar a passar por qualquer tipo de terapia para a depressão.

Para ir de encontro aos objetivos pretendidos da amostra foram utilizados como critérios de diagnóstico duas entrevistas clínicas, nomeadamente a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV- Eixo I (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams 1997) e a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV- Eixo II (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin 1997), por último foram utilizadas diferentes escalas para a avaliação da sintomatologia.

Após a avaliação, os sujeitos foram aleatoriamente integrados num processo de psicoterapia em dois modelos distintos, TFE e TCC, e em ambos os modelos a intervenção foi constituída por 16 sessões gratuitas. De forma a monitorizar a evolução dos participantes ao longo do processo nas sessões 1, 4, 8, 12, e 16 foram utilizados o *Outcome Questionnaire - 45* (OQ-45) (Machado & Klein, 2006) para avaliar a sintomatologia geral e o *Beck Depression Inventory - II* (BDI-II) (Coelho, Martins, & Barros, 2002) para avaliar a sintomatologia depressiva.

Para a realização do presente estudo foram escolhidos aleatoriamente dois casos do projeto.

2.1.1 Caso Marta (Terapia Cognitivo Comportamental)

"Marta" (nome fictício), 38 anos de idade, divorciada, com uma filha e sem psicoterapia anterior. A participante foi diagnosticada com Perturbação Depressiva Major Recorrente Moderada, os principais problemas clínicos identificados foram relacionados com questões ocupacionais.

Na sessão de avaliação a participante Marta teve um OQ-45 de 110 valores sendo considerada uma pontuação com relevância clínica. Na primeira sessão obteve um OQ-45 de

97 revelando sintomatologia com relevância clínica, por fim, na última sessão obteve um OQ-45 de 66 revelando a continuação da presença de sintomatologia geral com relevância clínica.

Em relação ao BDI-II a participante “Marta” na sessão de avaliação obteve um valor de BDI-II de 25 valores e na primeira sessão obteve um BDI-II de 19 correspondendo a uma depressão moderada e na última sessão um BDI-II de 1 correspondendo a ausência de depressão.

No caso de Marta foi possível observar uma diminuição da sintomatologia depressiva até aos níveis inferiores de ponto de corte do BDI-II, de 19 para 1, e presença do *Reliable Change Index (RCI)* no final do processo terapêutico (McGlinchey, Aktins & Jacobson, 2002).

Tabela 1: Avaliação da sintomatologia depressiva (BDI-II) e geral (OQ-45) em TCC

Caso TCC	Sessão de avaliação	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
BDI-II	25	19	24	14	10	1
OQ-45	110	97	116	106	85	66

2.1.2 Caso Júlia (Terapia Focada nas emoções)

"Júlia" (nome fictício), 24 anos de idade, solteira, licenciada, empregada, sem psicoterapia anterior. A participante foi diagnosticada com Perturbação Depressiva Major Episódio Único Ligeiro, os principais problemas clínicos identificados foram relacionados ao nível do eixo IV - problemas sociais e com grupo de apoio primário. A participante na sessão de avaliação obteve um OQ-45 de 82 revelando sintomatologia com relevância clínica. Na primeira sessão obteve um OQ-45 de 77 revelando sintomatologia com relevância clínica, e por fim na última sessão obteve um OQ-45 de 59 revelando sintomatologia sem relevância clínica.

Em relação ao BDI-II a participante Júlia na sessão de avaliação obteve um BDI-II de 19 correspondendo a uma depressão moderada, na primeira sessão obteve um BDI-II de 11 correspondendo a uma depressão ligeira, e por fim, na última sessão obteve um BDI-II de 2 correspondendo a ausência de depressão.

No caso de Júlia (TFE) foi possível observar uma diminuição da sintomatologia depressiva até aos níveis inferiores de ponto de corte do BDI-II, de 11 para 2, e a presença do *Reliable Change Index (RCI)*, no final do processo terapêutico (McGlinchey, Aktins & Jacobson, 2002).

Tabela 2: Avaliação da sintomatologia depressiva (BDI-II) e geral (OQ-45) em TFE

Caso TFE	Sessão de avaliação	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
BDI-II	19	11	15	18	8	2
OQ-45	77	77	75	72	72	59

Concluindo, em ambos os casos foi possível observar uma redução da sintomatologia geral e depressiva da primeira para a última sessão. Dada a evolução, os dois casos foram considerados de sucesso tendo em consideração a ocorrência de uma mudança sintomatológica significativa entre pré e pós avaliação, de acordo com o *Reliable Change Index (RCI)* (McGlinchey, Aktins, & Jacobson, 2002).

2.1.3 Terapeutas

No que diz respeito aos terapeutas intervenientes nos casos clínicos ambos tiveram previamente formação e supervisão ao longo do projeto, seguindo o protocolo de intervenção necessário.

Em relação ao caso em TCC a terapeuta era do sexo feminino e no momento do processo terapêutico tinha 27 anos de idade, contava com 6 anos de experiência clínica como terapeuta e 6 anos de experiência como terapeuta no modelo . No que diz respeito ao caso em TFE o terapeuta era do sexo masculino e no momento do processo terapêutico tinha 42 anos de idade, contava com 19 anos de experiência clínica como terapeuta e 4 anos de experiência como terapeuta no modelo.

2.1.3 Juízas

Para a análise qualitativa de dados foram necessárias duas investigadoras, ambas do sexo feminino, uma aluna de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde e uma aluna de

Doutoramento em Psicologia Clínica. A aluna de mestrado tinha 22 anos e a aluna de doutoramento 27 anos com 4 anos de experiência clínica. Apenas a aluna de doutoramento tinha treino nas escalas necessárias para o estudo Client Emotional Productivity Scale – Revised (CESP-R) (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010) e Client Emotional Arousal Scale –III (CEAS-III) (Warwar & Greenberg, 1999) ficando responsável pelo treino da aluna de mestrado.

2.2. Instrumentos

2.2.1 Medidas de resultado

Beck Depression Inventory - II (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996; versão portuguesa de Coelho, Martins & Barros, 2002)

Beck Depression Inventory - II (BDI-II) é um inventário de autorrelato que avalia a intensidade da sintomatologia depressiva. O BDI-II foi traduzido para a população portuguesa por Coelho, Martins e Barros em 2002 e é constituído por 21 itens relacionados com tristeza, perda de prazer, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, pessimismo, fracassos passados, auto-depreciação, auto-criticismo, pensamentos ou desejos suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, sentimentos de inutilidade, perda de energia, alterações no padrão de sono, irritabilidade, alterações no apetite, dificuldades de concentração, cansaço ou fadiga e perda de interesse sexual

Cada item pode ser cotado de 0 a 3 e a pontuação total pode ser compreendida entre 0 a 63 pontos, mediante a pontuação pode classificar-se o resultado como: sintomatologia ligeira (0 a 13 pontos), depressão ligeira (14 a 19 pontos), depressão moderada (20 a 28 pontos) e depressão severa (29 a 63 pontos) (Coelho, Martins & Barros, 2002).

A versão portuguesa do BDI revela uma consistência interna (α de Cronbach =.91), assim como uma validade apropriada (Pearson r =.71) (Campos & Gonçalves, 2011).

Outcome Questionnaire – 45 (OQ-45) (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse & Yanchar, 1996; versão portuguesa de Machado & Klein, 2006).

Outcome Questionnaire – 45 (OQ-45) (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse & Yanchar, 1996) é um questionário de autopreenchimento que avalia a sintomatologia geral, foi adaptado para a população portuguesa por Machado & Klein, 2006.

É constituído por 45 itens com cinco opções de resposta, nomeadamente: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “quase sempre”. A pontuação total pode variar entre 0 a 180 valores considerando-se, entre 0 a 62 valores sintomatologia geral sem relevância clínica e entre os 63 a 180 valores sintomatologia geral com relevância clínica.

2.2.2 Medidas de processo

Client Emotional Productivity Scale – Revised (CESP-R) (Auszra, Greenberg, & Herrmann, 2010),

A Client Emotional Productivity Scale – Revised (CESP-R) (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010), é utilizada com o objetivo de avaliar a produtividade emocional do cliente ao longo do processo terapêutico.

Esta escala está sob dividida em 5 subcategorias, que permite ao terapeuta avaliar e ter uma melhor leitura acerca experiência emocional do cliente ao longo da terapia.

Tabela 3: Subescalas de Produtividade emocional (Adaptado de Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010)

0	Incodificável (factores externos)
1	Não produtivo
2	Expressa, mas não experiência a emoção
3	Sem expressão emocional (intelectualiza)
4	Produtivo (todos os critérios cumpridos)

Podemos interpretar o sistema de codificação como:

- Incodificável - Quando o terapeuta está um minuto a falar da terapia, ou algo externo a consulta acontece;
- Não Produtivo - Quando um dos critérios não está presente, quando existe a ativação de uma emoção secundária, ou quando não existe ativação emocional;
- Expressa, mas não experiência - O cliente refere-se a emoções no passado, é capaz de simbolizar a experiência mas não a experiência no presente;
- Sem expressão emocional - O cliente reflete de forma intelectual não exprimindo e experienciando o que sente;
- Produtivo - Quando o cliente expressa e ativa a sua emoção primária e a consegue processar;

Em suma, para que experiência emocional seja considerada produtiva é necessário que alguns aspetos sejam cumpridos, tais como, ativação emocional, expressão emocional, tipo de emoção na qual têm de ser uma emoção primária, e cumprimento dos critérios do modo de processamento, nomeadamente: 1) atender a emoção; 2) simbolizar a emoção na consciência; 3) ser congruente nas suas expressões verbais e não verbais; 4) regular a sua experiência emocional de modo que o processamento cognitivo ocorra; 5) aceitar a sua emoção; 6) ser um agente da sua experiência e ser ativo na construção de novos significados para si; 7) ser capaz de diferenciar as suas emoções ao longo da terapia e não ficar preso numa só emoção (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010).

Client Emotional Arousal Scale – III (CEAS-III) (Warwar & Greenberg, 1999) A CEAS –III (Warwar & Greenberg, 1999), é uma escala utilizada é utilizada com o objetivo de avaliar intensidade da ativação emocional e qual o tipo de emoção que está a ser experienciado.

Na codificação desta medida, a primeira coisa que deve ser avaliada é a presença de ativação ou não, para que seja considerado a presença de ativação emocional é necessário que o cliente esteja focado na sua experiência emocional durante 20 segundos interruptamente, em seguida deve ser avaliado qual tipo de emoção que está a ser experienciada e a sua valência, por fim

deve ser avaliada a intensidade (pico) e a frequência (moda) em que essa emoção foi experienciada.

Para uma melhor leitura da codificação da escala, segue-se abaixo uma tabela com a categoria de emoções.

Tabela 4 : Categoria emocional e valência emocional (Adaptado de Warwar & Greenberg, 1999)

Categoria das Emoções	Valência Emocional
1. Dor/Mágoa	Negativa
2. Tristeza	Negativa
3. Desamparo/Desesperança	Negativa
4. Solidão	Negativa
5. Raiva/Ressentimento	Negativa
6. Desespero/Nojo	Negativa
7. Medo/Ansiedade	Negativa
8. Amor	Positiva
9. Alegria/Entusiasmo	Positiva
10. Contentamento/Alívio/Calma	Positiva
11. Vergonha/Culpa	Negativa
12. Orgulho/Autoconfiança	Positiva
13. Raiva e Tristeza (em simultâneo)	Negativa
14. Autoconfiança/Raiva (em simultâneo)	Negativa
15. Surpresa/ Choque	Negativa

Na tabela seguinte seguem os 7 níveis da ativação emocional bem como uma breve descrição da diferença entre eles.

Tabela 5: Níveis de ativação emocional (*Adaptado de Warwar & Greenberg, 1999*)

Níveis de ativação emocional	
Nível 1	A voz, os gestos e o conteúdo verbal não expressam ativação
Nível 2	Existe pouca ativação na voz e no corpo, a ativação emocional denota-se restrita.
Nível 3	Ativação sutil na voz e no corpo; ou seja, já se evidencia.
Nível 4	A ativação moderada na voz e no corpo; originando mudanças no tom de voz bem como nos gestos.
Nível 5	A ativação completa, mas ainda de alguma forma regulável;
Nível 6	A ativação muito intensa, quase que não há senso de restrição.
Nível 7	A ativação extremamente intensa, expressão espontânea e completamente irrestrita.

2.3 Procedimentos

De forma a garantir a uniformidade dos critérios para o presente estudo, foi realizado, num primeiro momento, uma fase de treino acerca das regras das codificações das sessões, de acordo com o *Client Emotional Arousal Scale-III* (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010) e o *Client Emotional Arousal Scale – III* (CEAS-III). (Warwar & Greenberg, 1999). Nesta fase foram codificadas sessões até ser atingido um acordo de kappa= .76 de fidelidade inter-juizes, valor de referência no que concerne à investigação qualitativa (Fonseca, Silva & Silva, 2007).

Após a fase de treino, seguiu-se a fase de codificação dos casos relevantes para o presente estudo, foram codificados dois casos, um em Terapia Focada nas Emoções e um caso em Terapia cognitivo-Comportamental.

Para análise de dados, foram codificadas 6 sessões (1, 4, 8, 12, 16) de cada caso, na codificação de cada sessão foram utilizadas as escalas referidas nas medidas de resultado nos 20 minutos intermédios de cada sessão, minuto a minuto, excluindo os 5 minutos finais de cada sessão.

As codificações foram realizadas de forma independente e a numa fase posterior foram revistas em conjunto pelas duas investigadoras, comparando e justificando os resultados de forma a atingirem o acordo esperado.

Para confiabilidade entre codificadores foi calculado o Kappa de Cohen, na qual o resultado obtido foi de $K= 0.75$ no caso da Júlia, e no caso da Marta $K= 0.76$

Após a recolha de resultados foi necessário fazer a análise qualitativa dos mesmos, nesse sentido foi utilizado o *Simulation Modeling Analyzis* (SMA) para uma análise dos dados com *Spearman-Rho* (r_s) para verificar a auto-correlação entre as variáveis (Borckardt, Nash, Murphy, Moore, Shaw, & O'Neil, 2008), na última fase foi utilizado o programa Excel para a construção e análise descritiva dos gráficos.

3.Resultados

3.1 Análise da Produtividade emocional ao longo da Terapia Cognitiva Comportamental e Terapia Focada nas emoções.

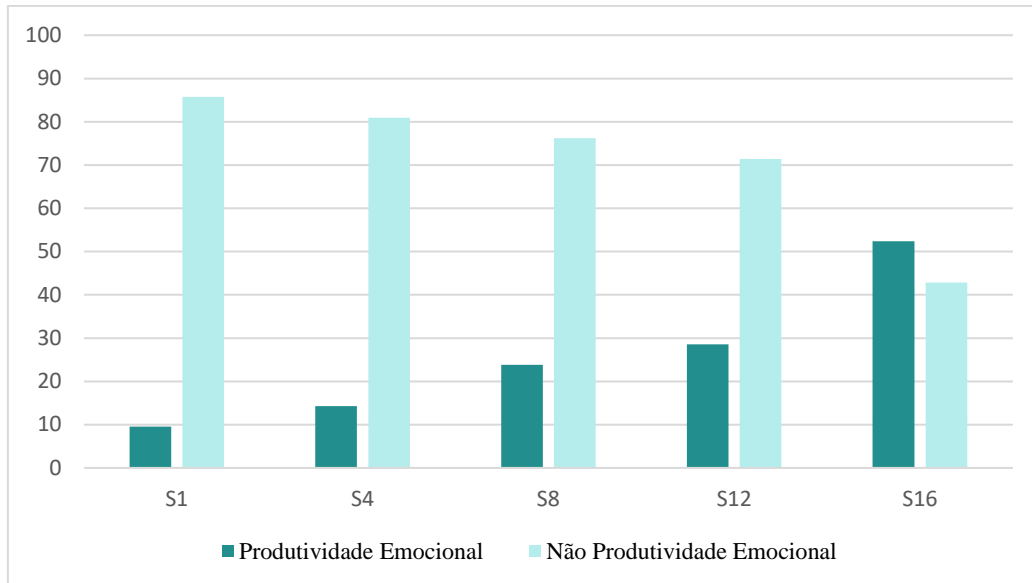


Figura 1: Caso A (TCC) - Evolução da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico.

Como podemos observar no caso Marta (TCC), e segundo a figura 1, a evolução da produtividade revela-se positivamente gradual ao longo de todo o processo. A primeira sessão parece ser a sessão com o valor mais baixo em produtividade emocional (9.52%) e mais elevado em não produtividade (85.71%), em contraste, a última sessão parece ser a sessão com o valor mais elevado em produtividade emocional (52.38%) e o mais baixo em não produtividade (42.85%). Relativamente aos aumentos mais significativos da produtividade emocional entre sessões, parecem existir da sessão 4 (14.28%) para a sessão 8 (23.8%) e da sessão 12 (28.47%) para a sessão 16 (52.38%).

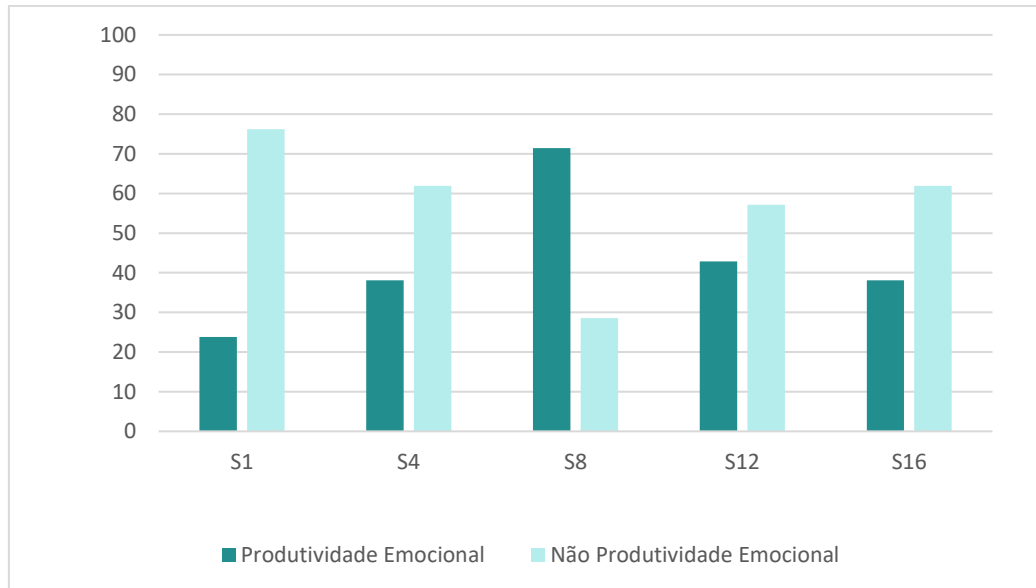


Figura 2: Caso B (TFE) - Evolução da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico

No caso Júlia (TFE) (figura 2), a produtividade emocional revela-se num processo ascendente até sessão 8, ou seja, até a fase intermédia do processo. Da sessão 8 até a última sessão revela-se numa evolução descendente, diminuindo os valores da produtividade emocional da sessão 8 até a última sessão. Apesar da diminuição da produtividade emocional a partir da fase intermédia, as sessões 12 e 16 registam valores superiores ao nível da produtividade emocional e inferiores ao nível da não produtividade em relação a fase inicial do processo terapêutico.

A primeira sessão parece ser a sessão com o valor mais baixo em produtividade emocional (23.08%) e o valor mais elevado em não produtividade (76.19%), em contraste a sessão 8 parece ser a sessão com o valor mais elevado em produtividade emocional (71.42%) e o valor mais baixo em não produtividade (28.57%).

Relativamente aos aumentos mais significativos da produtividade emocional entre sessões, regista-se um aumento significativo da sessão 4 (38.19%) para a sessão 8 (71.42%), em relação a diminuição mais significativa em termos de produtividade emocional podemos verificar da sessão 8 (71.42%) para a sessão 12 (42.85%).

Desta forma, comparando casos em TCC e EFT podemos encontrar diferenças e algumas semelhanças ao longo da terapia.

Em primeiro lugar, é importante referir a existência de produtividade emocional em ambos os modelos nos casos com sucesso terapêutico analisados. Em TCC parece existir um aumento gradual da produtividade emocional, sendo a última sessão (sessão 16) o pico da produtividade emocional, em comparação o caso em TFE apresenta um aumento da produtividade gradual até a sessão 8 na qual se regista o pico de produtividade emocional e uma diminuição dos valores desde a fase intermédia até a última sessão.

Em relação aos valores referentes a cada sessão, as primeiras sessões de cada caso revelaram os valores mais baixos em produtividade emocional comparando com as outras sessões ao longo do processo terapêutico. Parecem existir diferenças entre os casos no que se refere ao valor mais elevado em produtividade emocional bem como o mais baixo em relação a que fase da terapia isso acontece, o caso em TCC pontuou como valor mais elevado de produtividade emocional (52.38%, sessão 16) enquanto o caso em EFT pontuou (71.42%, sessão 8), em relação ao valor mais baixo de produtividade emocional em TCC pontua (9.52% sessão 1) e em no caso em TFE (23.71%, sessão 1).

3.2 Análise da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva e geral ao longo do processo terapêutico em Terapia Cognitivo Comportamental e Terapia Focada nas Emoções

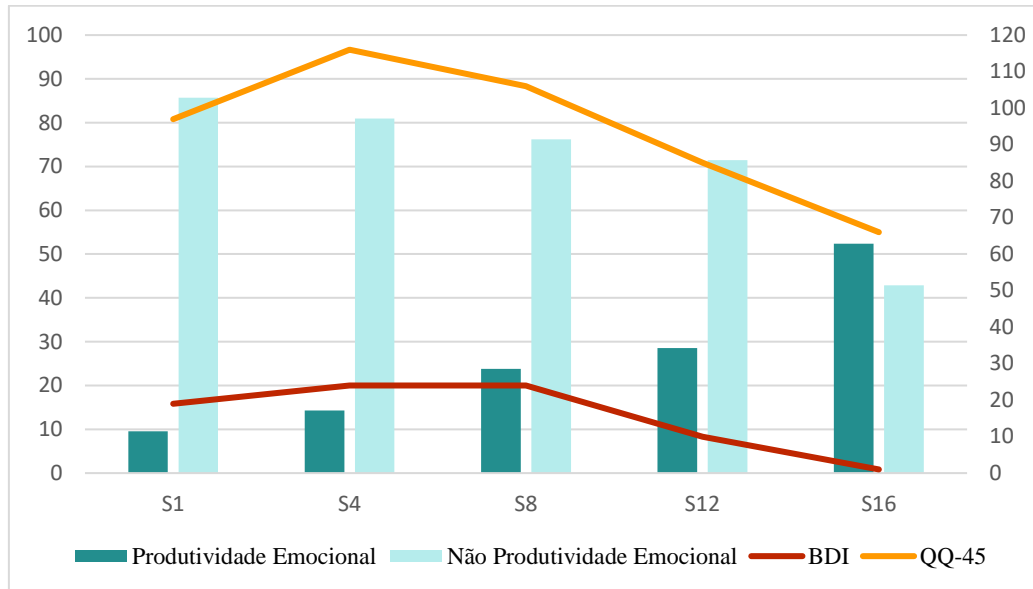


Figura 3: Caso A (TCC) - Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva e geral ao longo do processo terapêutico

Como podemos observar no caso Marta (TCC), verificamos que de uma forma geral os valores do BDI-II e do OQ-45 são mais elevados numa fase inicial da terapia até a fase intermédia, diminuindo significativamente depois até a fase final, sendo a última sessão como esperado a que revela os valores mais baixos da sintomatologia geral e depressiva (cf. Figura 3).

Em relação ao BDI-II podemos verificar um aumento da sessão 1 (19 pontos) para a sessão 4 e 8 (ambas com 24 pontos), estas mesmas sessões parecem ser as sessões com o valor mais elevado de sintomatologia depressiva ao longo de todo o processo terapêutico, ainda a partir da fase intermédia (sessão 8) verificamos uma redução acentuada sintomatologia depressiva até a fase final da terapia, registando-se redução a mais significativa do BDI-II entre a sessão 8 (24 pontos) e a sessão 12 (10 pontos). A sessão 8 parece ser uma sessão significativa na análise da relação entre a produtividade emocional e a sintomatologia depressiva, após esta

sessão em que é atingido o pico dos valores do BDI-II e conseqüentemente a sua diminuição nas sessões seguintes, em simultâneo os valores da produtividade emocional seguem o sentido inverso, aumentando de forma mais significativa a partir desta sessão até a fase final do processo terapêutico (Sessão 16), na qual verificamos o valor mais elevado de produtividade emocional (52.38%) e o valor mais baixo do BDI-II (1 valor).

Para verificar a intensidade da relação entre as variáveis em estudo realizou-se o teste *Spearman-Rho* (rs) e verificou-se que entre a produtividade emocional e o BDI-II parece existir uma relação significativa ($rs = -0.859$, $p = .05$) sugerindo uma correlação negativa entre a Produtividade Emocional e o BDI-II, ou seja, maioritariamente quando uma das variáveis aumenta a outra têm tendência a diminuir.

Em relação ao OQ-45 o mesmo parece acontecer, podemos verificar o aumento mais significativo ao longo do processo terapêutico da primeira sessão (97 pontos) para a sessão quatro (116 pontos), nesta última sessão é registado ainda o valor mais elevado ao longo do processo terapêutico. A partir da sessão quatro podemos verificar uma redução significativa da sintomatologia geral até sessão 16, sendo possível entre a sessão 8 (106 pontos) e a sessão 12 (85 pontos) registar a diminuição mais significativa entre sessões, desta forma é podemos sugerir que a sessão 8 parece ser uma sessão significativa na análise da relação entre a produtividade emocional e a sintomatologia geral tal como acontece com a variável BDI-II, após esta sessão em que é registado a diminuição mais significativa dos valores do OQ-45, em simultâneo os valores da produtividade emocional seguem o sentido inverso, aumentando de forma mais significativa a partir desta sessão até a fase final do processo terapêutico (Sessão 16), na qual verificamos o valor mais elevado de produtividade emocional (52.38%) e o valor mais baixo do OQ-45 (66 pontos). Para verificar a intensidade da relação entre as variáveis em estudo realizou-se o teste *Spearman-Rho* (rs) e verificou-se que entre a produtividade emocional e o BDI-II parece existir uma relação significativa ($rs = -0.846$, $p = .048$) sugerindo

uma correlação negativa entre a Produtividade Emocional e o BDI-II, ou seja, maioritariamente quando uma das variáveis aumenta a outra têm tendência a diminuir. Desta forma, é possível concluir que a sintomatologia depressiva e geral parecem ter uma relação significativa com a produtividade emocional no caso em TCC.

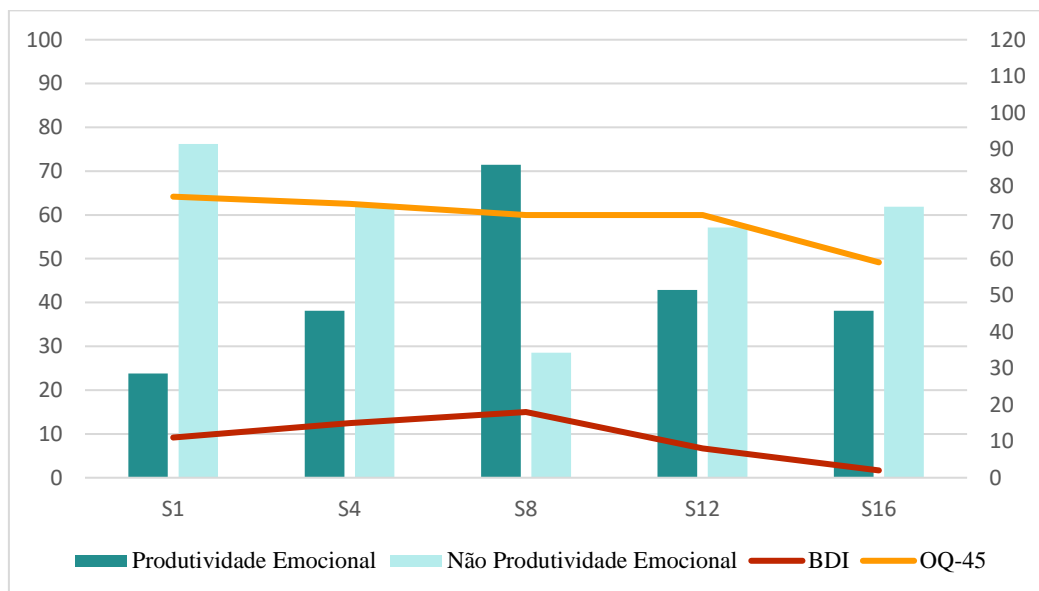


Figura 4: Caso B (TFE) - Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva e geral ao longo do processo terapêutico.

Em relação ao no caso Júlia (TFE), parece existir um aumento expressivo dos valores do BDI-II da sessão 1 (11 pontos) para a sessão 8 (18 pontos). A partir da Sessão 8 parece ser possível verificar uma evolução descendente dos valores do BDI-II até ao final do processo terapêutico, e registar nesta mesma sessão até a sessão 12 (10 pontos) a diminuição mais significativa entre sessões (cf. Figura 4). Na sessão 8, onde se pode observar o pico dos valores do BDI-II simultaneamente verifica-se o pico do valor da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico, apesar de ambas seguirem a mesma evolução descendente da fase intermédia até ao final do processo terapêutico a intensidade da relação parece não ser estatisticamente significativa, através do teste *Spearman-Rho* (r_s) verificou-se que entre a Produtividade Emocional e o BDI-II em TFE parece não existir uma relação significativa ($r_s=0.514$, $p=.187$).

Tal como acontece no caso em TCC, a sessão 16 parece ser a sessão com o valor mais baixo do BDI-II ao longo do processo terapêutico registrando 2 valores.

Em relação ao OQ-45 parece existir uma diminuição dos valores ao longo do processo terapêutico, entre a sessão 1 (71 pontos) e a sessão 8 (77 pontos) é possível observar uma diminuição gradual dos valores, após a sessão 8 (72 pontos) verificamos a estabilização dos mesmos até a sessão 12 (72 pontos) . A partir da sessão 12 verificamos uma diminuição significativa até a sessão 16 (59 pontos) registrando-se a diminuição mais expressiva entre sessões ao longo do processo terapêutico. Tal como acontece com os valores do BDI-II, a sessão 16 parece ser a sessão com o valor mais baixo do BDI-II ao longo do processo terapêutico registrando 59 valores.

Relativamente à relação entre o OQ-45 e a Produtividade Emocional, esta relação parece não ser estatisticamente significativa, através do teste *Spearman-Rho* (r_s) ($r_s = -0,09$, $p = .377$).

Comparando os casos dois casos podemos verificar mais diferenças do que semelhanças ao longo do processo terapêutico.

Durante todo o processo terapêutico o caso em TCC apresenta em média os valores mais elevados do BDI-II e do OQ-45 comparativamente com o caso em TFE , em ambos casos é possível também verificar uma redução da sintomatologia depressiva e geral desde fase inicial da terapia (sessão 1) até a fase final da terapia (sessão 16), sendo que o caso em TCC parece registar uma redução mais significativa desde a fase inicial até fase final do processo terapêutico, em relação a sessão 16 como era esperado parece ser a sessão com os valores mais baixos do BDI-II e OQ-45 em ambas abordagens teóricas. Relativamente às semelhanças entre as sessões, a sessão 8 parece ser em ambos os casos significativa na diminuição dos valores do BDI-II. Em relação ao OQ-45 parece não existir semelhanças a ser registadas, no entanto parece existir uma diferença na evolução da sessão 1 para a sessão 4 nos diferentes casos, enquanto em TCC existe uma evolução ascendente dos valores do OQ-45 verificando-se um aumento da

sessão 1 (97 valores) para a sessão 4 (117 valores), no caso em TFE existe uma evolução descendente verificando-se uma diminuição da sessão 1 (77 valores) para a sessão 4 (75 valores).

3.3 Análise da produtividade emocional e ativação emocional longo do processo terapêutico em Teoria Cognitivo Comportamental e Terapia Focada nas Emoções.

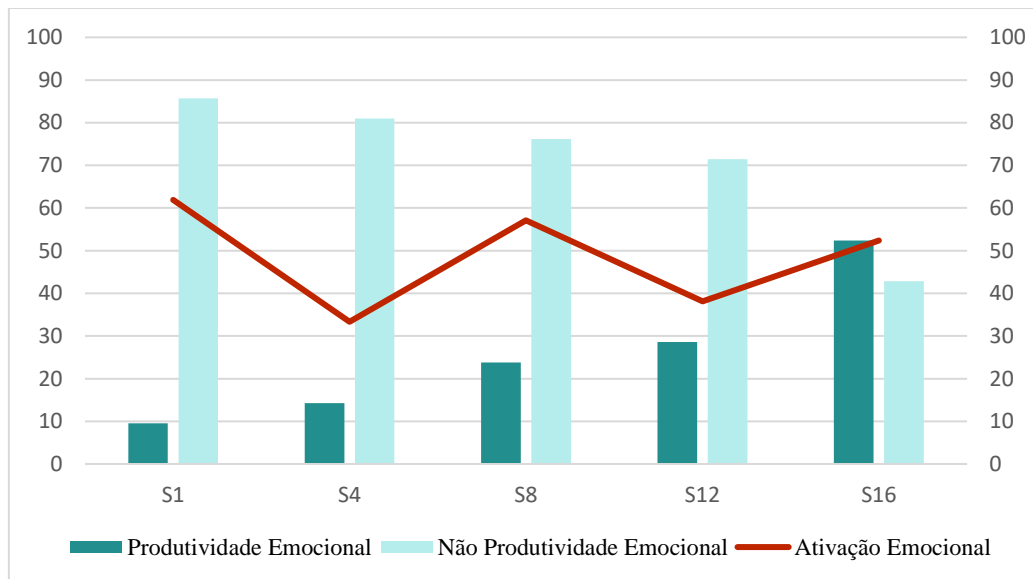


Figura 5: Caso A (TCC) - Evolução da produtividade emocional e ativação emocional ao longo do processo terapêutico.

No caso Marta (TCC) a evolução da produtividade emocional parece revelar-se irregular ao longo de todo o processo terapêutico (ver figura 5).

Parece existir uma diminuição da ativação emocional entre a sessão 1 (61.90%), com o valor mais elevado ao longo do processo terapêutico, e a sessão 4 (33.33%). com o valor mais baixo ao longo do processo terapêutico, e um aumento da ativação emocional da sessão 4 (33.33%) para a sessão 8 (57.41%). Apesar da evolução irregular da ativação emocional, parece existir entre a fase intermédia e a fase final do processo terapêutico uma atenuação dos valores comparativamente com fase inicial da terapia até à fase intermédia. A sessão 16 parece ser a sessão em que os valores da ativação emocional (52.38%) se encontram mais próximos dos valores da Produtividade Emocional (52.38%), no entanto relativamente a Produtividade

Emocional e Ativação emocional parece não existir uma relação significativa entre as variáveis, de acordo com o teste *Spearman-Rho* (rs) em que se verificou-se que entre a Produtividade Emocional e a Ativação Emocional parece não existir uma relação significativa ($rs= 0,01$, $p= .493$).

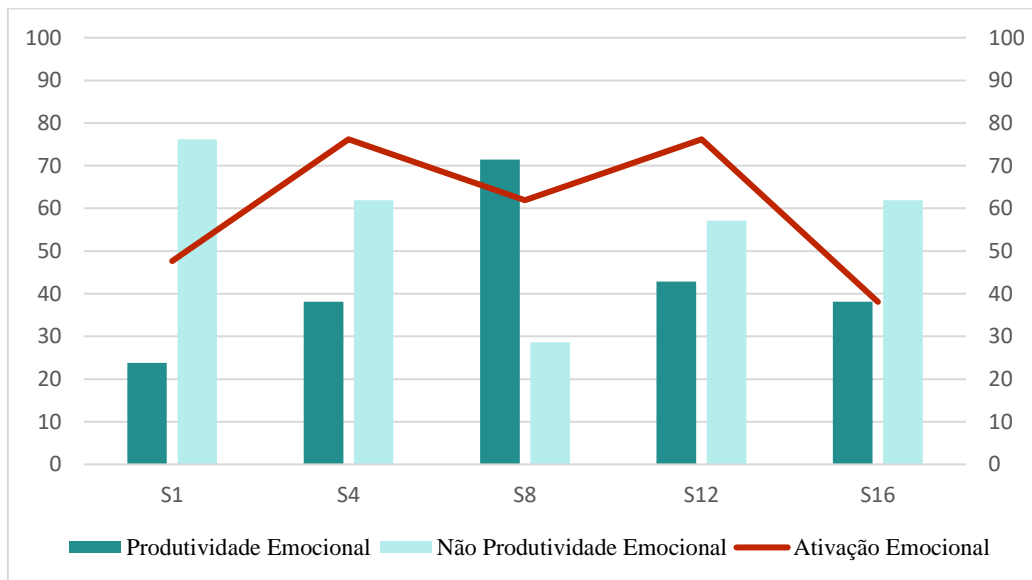


Figura 6: Caso B (TFE) - Evolução da produtividade emocional e ativação emocional ao longo do processo terapêutico.

No caso Júlia (TFE), a evolução da ativação emocional revela-se também irregular ao longo do processo terapêutico (Figura 6).

Parece existir um aumento da ativação emocional da sessão 1 (41.67%) para a sessão 4 (76.19%) ao longo do processo terapêutico, e uma diminuição entre a sessão 12 (76.19%) e a sessão 16 (38.19%).

Ao longo do processo terapêutico, na sessão 4 (76.19%) e na sessão 8 (76.19%) podem-se verificar os valores mais elevados de ativação emocional, enquanto na sessão 16 (38.19%) verifica-se o valor mais baixo de ativação emocional. Ainda na sessão 16 verifica-se, tal como acontece no caso em TCC, que os valores da Produtividade Emocional (38.09%) e Ativação Emocional (38.09%) se encontram mais próximos. No entanto, relativamente a Produtividade Emocional e Ativação emocional parece não existir uma relação significativa entre as variáveis ($rs= 0,226$ $p= .335$).

Comparando os dois casos parece existir um contraste entre a evolução da ativação emocional e as fases do processo terapêutico. No caso em TCC parece existir uma diminuição significativa entre a sessão 1 para a sessão 4, em contraste, no caso em TFE parece acontecer o oposto, existindo um aumento significativo da ativação emocional da sessão 1 para a sessão 4. Em relação à fase final do processo terapêutico em TCC parece existir um aumento da ativação emocional entre a sessão 12 e a sessão 16, enquanto em TFE parece existir uma diminuição da ativação emocional das mesmas sessões.

Em relação ao valor mais elevado e ao valor mais baixo de ativação emocional ao longo do processo terapêutico, em TCC registamos o valor mais elevado na sessão 1 e o valor mais baixo na sessão 4, enquanto caso em TFE verificamos os valores mais elevados na sessão 4 e 12 com a mesma percentagem, e o valor mais baixo na sessão 16. Relativamente as semelhanças entre os casos, verificamos que em ambos os casos a sessão 16 parece ser a sessão com os valores mais próximos entre a Ativação e Produtividade Emocional.

3.4 Análise da produtividade emocional e intensidade emocional ao longo do processo terapêutico em terapia cognitivo-comportamental e terapia focada nas emoções

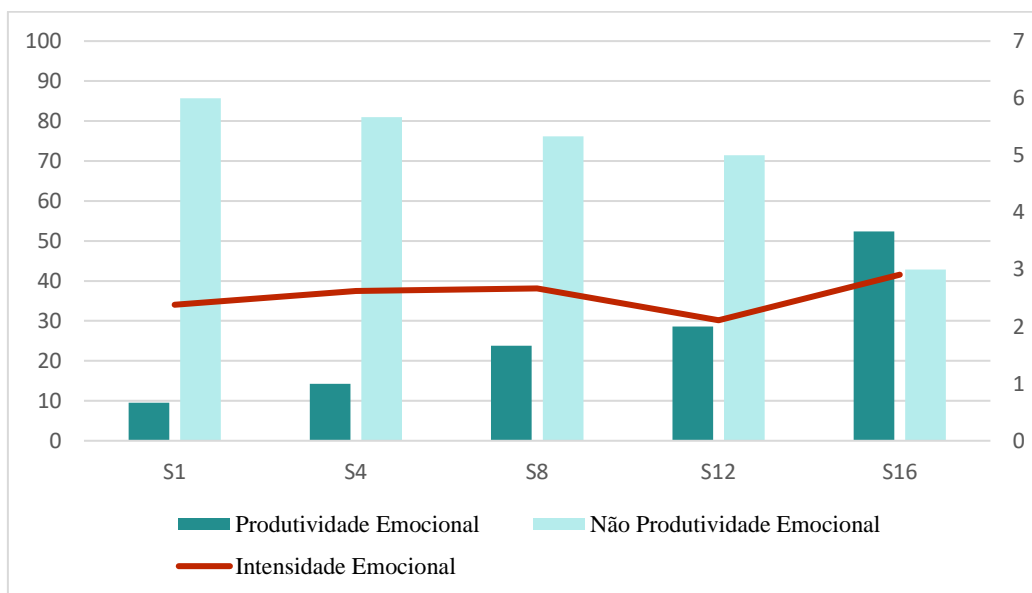


Figura 7: Caso A (TCC) Evolução da produtividade emocional e da intensidade emocional ao longo do processo terapêutico.

No caso Marta parece não existir muita variância do pico da intensidade emocional ao longo do processo terapêutico, atendendo à figura 7. É possível observar uma evolução ascendente da intensidade emocional desde a fase inicial até a fase intermédia da terapia, ou seja, entre a sessão 1 (2.38 valores) e a sessão 8 (2.66 valores). A partir da sessão 8 (2.66 valores) até a sessão 12 (2.11 valores) consegue-se verificar uma diminuição da intensidade emocional ao longo do processo terapêutico. Na sessão 12 podemos registar o valor mais baixo de produtividade emocional ao longo de todo o processo, a partir desta sessão para a sessão 16 (2.90 valores) parece verificar-se um aumento de intensidade emocional ao longo de todo o processo terapêutico. Relativamente ao valor mais baixo e o valor mais elevado de intensidade emocional parecem registar-se na sessão 12 (2.11 valores) e na sessão 16 (2.90 valores).

Na sessão 16 é possível verificar o valor mais elevado de intensidade emocional bem como de Produtividade Emocional ao longo de todo o processo terapêutico. A relação entre a Produtividade Emocional e Intensidade Emocional parece seguir a mesma evolução ascendente até a fase intermédia da terapia, no entanto na sessão 12 parece existir uma diferença na evolução, sendo que a intensidade diminui e a produtividade emocional continua a aumentar até ao final do processo terapêutico. A Produtividade Emocional e a Intensidade Emocional não apresentam uma relação estatisticamente significativa ($r_s = 0,480$ $p = .208$).

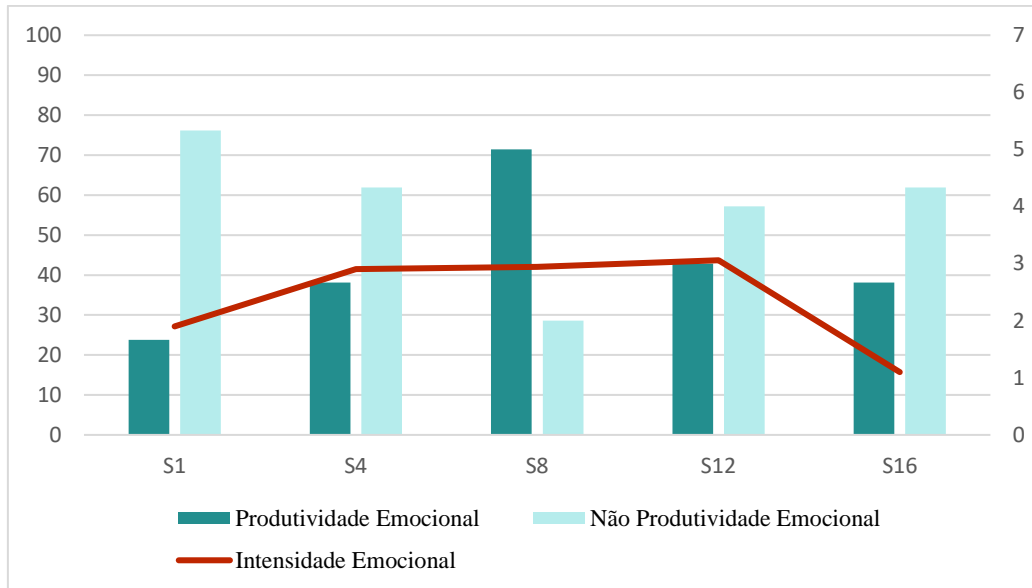


Figura 8: Caso B (TFE)- Evolução da produtividade emocional e da intensidade emocional ao longo do processo terapêutico.

Relativamente ao caso Júlia (TFE) a evolução da intensidade emocional parece revelar-se ascendente até a sessão 12, e descendente da sessão 12 para a sessão 16 (figura 8).

Na fase inicial do processo terapêutico, da sessão 1 (1.90 valores) para a sessão 4 (2.90 valores) parece registrar-se um aumento da intensidade emocional entre sessões. A partir da sessão 4 (2.90 valores) é possível verificar um aumento mais estável da intensidade emocional até a sessão 12 (3.05 valores), na qual, é atingido valor mais elevado de intensidade emocional de todo o processo terapêutico. Da sessão 12 (3.05 valores) para a sessão 16 (1.1 valores) verifica-se uma diminuição da intensidade emocional de todo o processo terapêutico, registando-se na sessão 16 (1.1 valores) o valor mais baixo de intensidade emocional.

Observando a evolução da Produtividade Emocional e da Intensidade Emocional é possível verificar que, entre a sessão 4 e a sessão 12, seguem formas distintas, enquanto a produtividade emocional aumenta significativamente entre a sessão 4 e a sessão 8 e diminui significativamente entre a sessão 8 e a sessão 12, a intensidade emocional parece evoluir de forma mais estável. A relação entre a Produtividade Emocional e a Intensidade Emocional não é estatisticamente significativa ($r_s = 0,482$ $p = .204$).

Comparando os dois casos, a sessão 12 e a sessão 16 parecem ter destaque na evolução da intensidade emocional, no caso em TCC a sessão 12 (2.11 valores) parece ser a sessão com o valor mais baixo de intensidade emocional, em contraste, no caso em TFE a sessão 12 (3.05 valores) parece ser a sessão com o valor de intensidade mais elevado ao longo do processo terapêutico. Relativamente à sessão 16, o caso em TCC regista o valor mais elevado em Produtividade Emocional (52.38%) e Intensidade emocional (2.90 valores) do processo terapêutico, em contraste, o caso em TFE regista o valor mais baixo de Intensidade emocional (2.90 valores) de todo o processo terapêutico. Em relação às fases do processo terapêutico parece ainda existir algumas diferenças na evolução da intensidade emocional na fase inicial da terapia, o caso em TCC regista uma evolução mais lenta da sessão 1 (2.38 valores) para a sessão 4 (2.62 valores), em comparação com o caso em TFE que regista uma evolução acentuada da sessão 1 (1.9 valores) para a sessão 4 (2.9 valores).

De uma forma geral, o caso em TCC parece revelar pouca variância da intensidade emocional em comparação com o caso em TFE que apresenta valores mais variáveis ao longo do processo terapêutico. Em média, o caso em TFE apresenta os valores mais elevados de intensidade emocional bem como o mais baixo dos dois casos analisados. Relativamente à relação entre a Intensidade Emocional e a Produtividade Emocional, em nenhum dos casos é possível verificar uma relação estatisticamente significativa.

3.5 Análise da produtividade emocional e valência emocional ao longo do processo terapêutico em terapia cognitivo-comportamental e terapia focada nas emoções

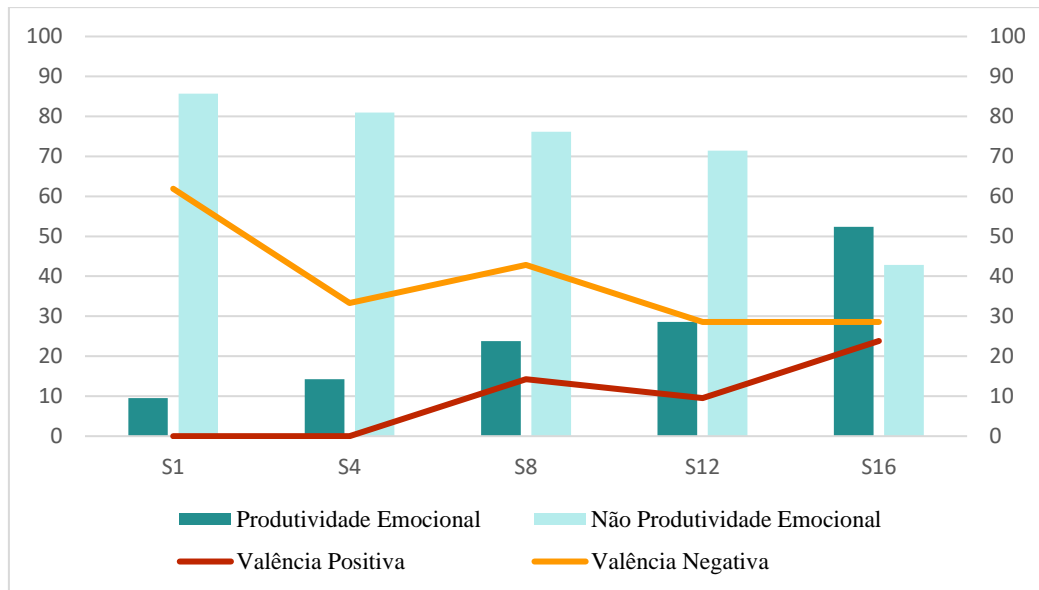


Figura 9: Caso (TCC) - Evolução da produtividade emocional e da valência emocional ao longo do processo terapêutico.

No caso Marta (TCC), de uma forma geral, parecem existir mais emoções de valência negativa do que emoções de valência positiva ao longo de todo o processo terapêutico. A valência negativa parece evoluir de forma ascendente da sessão 1 (61,90%) para a sessão 4 (33,33%) registrando uma diminuição, enquanto a valência positiva registra (0%) em ambas as sessões. A partir da sessão 4 parece existir um aumento em ambas as valências, a valência negativa da sessão 4 (33,33%) para a sessão 8 (42,85%), já a valência positiva registra a primeira evolução da sessão 4 (0%) para a sessão 8 (14,28%). Da sessão 8 para a sessão 12, ambas as valências parecem diminuir, a valência negativa registra na sessão 8 (14,28%) e na sessão 12 (28,57%), enquanto a valência positiva registra a diminuição mais significativa entre sessões na sessão 8 (14,28%) e na sessão 12 (9,52%).

Relativamente à sessão 16, esta parece ser a sessão em que os valores da valência negativa e valência positiva se encontram mais próximos entre si, é possível observar uma estabilização da valência negativa (28,57%) e um aumento significativo da valência positiva (23,80%). Ainda nesta sessão é possível verificar que a produtividade emocional registra o valor

mais elevado de todo o processo terapêutico. Ao longo de todas as sessões os valores da valência negativa demonstraram-se superiores aos valores da valência positiva, mas em diminuição ao longo do processo. Pelo contrário, a valência positiva tende a aumentar para o final da terapia. Verificou-se que a relação entre a Produtividade Emocional e a Valência Negativa ($r_s = -0,662$ $p = .067$), e entre a Produtividade Emocional e a Valência Positiva ($r_s = 0,94$ $p = .006$) não são estatisticamente significativas.

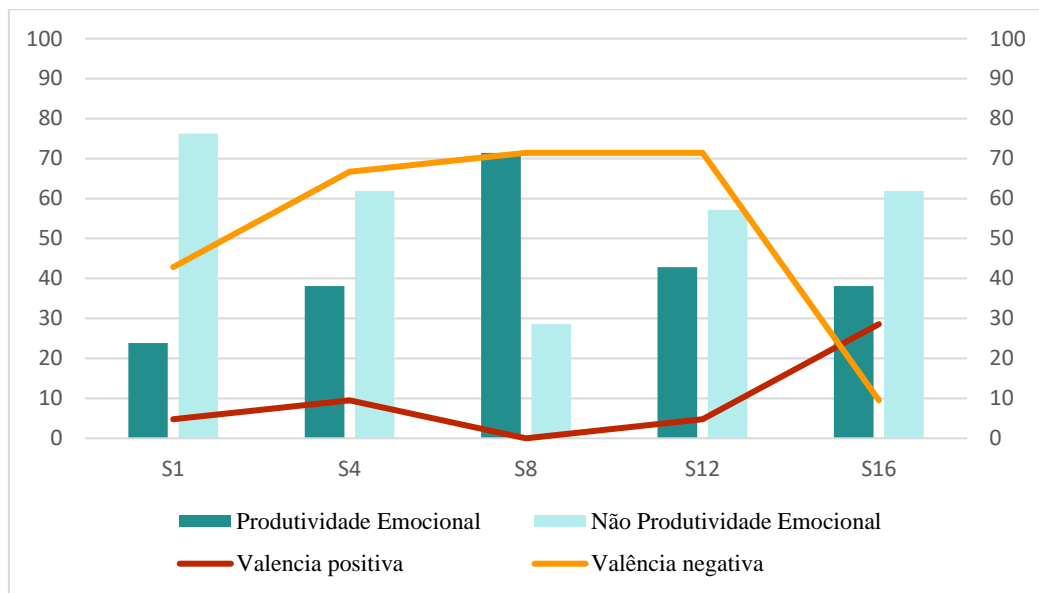


Figura 10 - Caso B (TFE) - Evolução da produtividade emocional e da valência emocional ao longo do processo terapêutico

No caso Júlia (TFE) pode-se verificar uma evolução ascendente da valência negativa na fase inicial da terapia, da sessão 1 (42.85%) para a sessão 4 (66.66%) regista-se o aumento mais acentuado de valência negativa entre sessões. Da sessão 4 (66.66%) para a sessão 12 (71.42%) parece existir a mesma evolução ascendente mas de uma forma mais gradual, ainda nesta mesma sessão é possível registar o valor mais elevado de valência negativa em todo o processo terapêutico (figura 10). Da sessão 12 (71.42%) para a sessão 16 (9.52%) verifica-se uma diminuição da valência negativa, ainda na sessão 16 registou-se o valor mais baixo de valência negativa de todo o processo terapêutico.

Em relação à valência positiva, verifica-se uma evolução ascendente na fase inicial entre a sessão 1 (4.76%) e a sessão 4 (9.52%). Da sessão 4 (9.52%) para a sessão 8 (0%) parece existir uma diminuição da valência positiva. Ainda na sessão 8 (0%) é possível registrar-se o valor mais baixo em valência positiva de todas as sessões, e a percentagem mais elevada de produtividade emocional (71.42%). A partir da sessão 8 (0%) até a fase final da terapia é possível verificar-se um aumento da valência positiva, da sessão 12 (4.76%) para sessão 16 (28,57%) regista-se o aumento mais expressivo entre sessões, observando-se na última sessão o valor mais elevado de valência positiva de todo o processo terapêutico. Relativamente à sessão 16, esta parece ser a única sessão em que a valência positiva (28,57%) é superior à valência negativa (9,52%). Verificou-se que entre Produtividade Emocional e Valência Negativa ($r_s = -0,460$ $p = .191$) e entre a Produtividade Emocional e a Valência Positiva ($r_s = -0,348$ $p = .299$) não há uma relação estatisticamente significativa.

Comparando o caso em TCC e TFE, é possível verificar diferenças em relação à valência. No caso em TFE a valência negativa evolui de forma ascendente na fase inicial da terapia enquanto no caso em TCC a valência negativa evolui de forma descendente. Na fase intermédia da terapia verifica-se que em TCC a valência negativa e a valência positiva evoluem no mesmo sentido, ou seja da sessão 4 para a sessão 8 ambas evoluem de forma ascendente, e da sessão 8 para a sessão 12 ambas evoluem de forma descendente.

Em TFE na fase intermédia segue-se uma evolução contrária entre a valência negativa e a valência positiva, por outras palavras é possível verificar que a partir da sessão 4 a valência negativa evolui de forma ascendente mantendo os valores mais elevados do processo terapêutico até a sessão 12, enquanto a valência positiva evolui de forma descendente a partir da sessão 4 e mantém os valores mais baixos de todo o processo terapêutico até a sessão 12.

Na fase final do processo terapêutico é possível verificar que em TCC a valência negativa estabiliza da sessão 12 para a sessão 16 enquanto a valência positiva aumenta de forma

expressiva entre estas sessões. No caso em TFE na fase final, verifica-se que a valência negativa diminui de forma expressiva da sessão 12 para a sessão 16 enquanto a valência positiva aumenta de forma expressiva da sessão 1 para a sessão 16, ainda nesta última sessão verifica-se que a valência emocional positiva é superior a valência emocional negativa.

Ao longo do processo é possível verificar a presença de valência negativa em ambos os casos, em relação a valência positiva em TCC só é possível verificar a sua presença a partir da sessão 8, em TFE é possível verificar a presença de valência positiva ao longo do processo terapêutico a exceção da sessão 8.

Relativamente a diferença entre sessões, em ambos casos é possível verificar que a sessão 16 é a sessão com os valores mais elevados em valência positiva e o valor mais baixo em valência negativa de todo o processo terapêutico. No caso em TCC verificamos na sessão 16 que quando existe o valor mais elevado em produtividade emocional é possível observar o valor mais elevado em valência positiva e o mais baixo em valência negativa. Comparativamente, no caso em TFE verificamos que na sessão 8 que quando existe valor mais elevado em produtividade verificamos também na mesma sessão o segundo valor mais elevado em valência negativa e o mais baixo em valência positiva de todo o processo terapêutico, a sessão 16 em TFE parece ser a única sessão dos dois casos em que a valência positiva é superior a valência negativa.

4. Discussão

No que concerne à Produtividade Emocional, os resultados sugerem que surge em ambos os processos terapêuticos. No entanto, no que concerne à evolução da produtividade emocional, os resultados sugerem que o caso em TCC e o caso em TFE se diferenciam ao longo do processo terapêutico. No caso em TCC verificamos uma evolução ascendente desde fase inicial até a fase final do processo terapêutico, é possível notar que a não produtividade parece dominar a fase inicial e intermédia do processo, e só na sessão 16 é que a produtividade emocional parece

pontuar o valor mais elevado do processo terapêutico, revelando-se superior à não produtividade. Estes resultados parece ir de encontro ao estudo realizado por Greenberg e colaboradores (2007) onde o fator produtividade emocional em casos de sucesso tende a aumentar da fase intermédia até a fase final do processo terapêutico, por outro lado a predominância da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico no estudo citado parece predominar sobre a não produtividade, comparativamente, aos resultados deste caso em que apesar de existir um aumento gradual da produtividade emocional a não produtividade parece ter predominado ao longo de todo o processo terapêutico. Por outro lado, neste caso em particular parece ser importante atender às especificidades presentes na investigação. Os estudos realizados acerca da produtividade emocional, foram maioritariamente realizados em abordagens teóricas mais experienciais e focadas nas emoções, como é o caso de TFE, o que pode levar a esta diferença na evolução da produtividade emocional, tendo em conta que TCC é uma terapia mais orientada para a análise lógica e racional. Outro fator que pode ter contribuído para este resultado parece ser o plano de intervenção para depressão nesta abordagem teórica. Em TCC o trabalho terapêutico numa fase inicial é mais direcionado para questões mais ligadas à redução da sintomatologia, psicoeducação e ativação comportamental, enquanto numa fase intermédia e final do processo terapêutico é mais direcionado para reestruturação cognitiva e trabalho esquemático, isto pode explicar o aumento gradual da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico, visto que a intervenção trabalha no mesmo sentido (Knapp & Beck, 2008). O facto ainda da Produtividade emocional ter atingido o seu pico na sessão 16, neste caso em particular pode estar ligado ao facto desta mesma sessão, ter sido uma sessão de consolidação de ganhos e reflexão acerca do processo terapêutico, neste sentido parece ter existido uma reestruturação e integração da experiência cognitiva e emocional associada as temáticas trabalhadas em terapia.

Relativamente ao valor mais baixo em produtividade parece encontrar-se na primeira sessão, tal também se verifica na fase inicial do estudo de Greenberg e colegas (2007) de um caso de sucesso em TFE, onde o valor de não produtividade é acentuado na fase inicial do processo terapêutico. Isto parece ir de encontro ao que Missirlian e colaboradores (2005) referem no seu estudo, que a capacidade de ativação e de processamento numa fase inicial da terapia não está necessariamente relacionada com um bom resultado em terapia, por sua vez essas capacidades podem ser treinadas e desenvolvidas ao longo do processo terapêutico.

Em contraponto, no caso em TFE, é possível verificar uma evolução ascendente até a fase intermédia da terapia, onde na sessão 8 é atingido o pico da produtividade emocional, e a partir dessa mesma sessão é possível observar uma evolução descendente até ao final do processo terapêutico. Este resultado não parece ir de encontro dos resultados de Greenberg et al. (2007) onde num caso de sucesso se verificaram valores mais elevados de produtividade emocional na fase final do processo terapêutico e a partir da fase intermédia se observa uma predominância da produtividade emocional face à não produtividade emocional. Em contraponto, neste caso em particular é possível verificar que a sessão 8 ser a única sessão em que a produtividade se revela superior à não produtividade e que a fase intermédia deste caso parece ter obtido os valores mais elevados do processo terapêutico em produtividade emocional. Apesar das peculiaridades presentes neste caso de sucesso, este resultado pode ser melhor explicado pela hipótese de que na fase intermédia desta abordagem teórica parece existir um trabalho experiencial mais acentuado, onde são utilizadas tarefas que promovem o contacto com a experiência emocional. Relativamente à diminuição da produtividade da fase intermédia até a fase final do processo terapêutico, é possível que seja explicado pelas novas temáticas surgidas em terapia. Através da visualização das codificações foi possível verificar o surgimento de experiências passadas relacionadas com a figura de vinculação paterna, na qual a paciente demonstrou algumas dificuldades em conseguir explorar e processar de uma maneira produtiva.

Segundo Gabalda e Stiles (2013), o aparecimento destas novas problemáticas nas sessões, podem alterar a evolução habitual de um processo terapêutico, mesmo em casos de sucesso. É relevante ainda ter em consideração outros fatores, tais como, as características pessoais da cliente e a relação terapêutica, que podem também influenciar a dinâmica do processo terapêutico.

Tal como acontece em TCC, a sessão 1 parece ser a sessão com os valores mais baixos em produtividade emocional em todo o processo terapêutico, o que corrobora os resultados em estudos de Greenberg et al. (2007), Moreira (2015) e Costa (2016) onde na fase inicial do processo terapêutico revelou os valores mais baixos em produtividade.

Em suma, em ambos os modelos foi possível observar a existência de produtividade emocional ao longo do processo, como sugerem Auszra e Greenberg (2007), pois a produtividade emocional parece ser um conceito que proporciona uma facilitação e orientação para o processamento efetivo dos clientes em terapia, bem como pode ser útil para terapeutas de outras abordagens teóricas. Parece relevante ainda referenciar, que apesar do cariz das abordagens terapêuticas serem distintos, a produtividade emocional parece aliar a reflexão cognitiva à experiência emocional, o que parece proporcionar a possibilidade do constructo ser viável em ambos os modelos.

Relativamente à evolução da produtividade emocional nos dois casos, além das especificidades acima referidas, de uma forma geral parece que a maneira como ocorre a evolução da produtividade emocional pode estar relacionada ao plano intervenção dos diferentes modelos terapêuticos. É possível ainda sugerirmos que em ambos os modelos a produtividade emocional parece mais elevada em fases, que maioritariamente, estão centradas no trabalho dos esquemas centrais. Muitas vezes fruto de experiências dolorosas precoces, os esquemas centrais contêm informações que necessitam de ser ativadas e processadas a fim de ser passíveis de transformação por informação mais adaptativa (Lane, Ryan, Nadel, &

Greenberg, 2015). Assim sendo, este resultado parece corroborar a relevância da produtividade emocional e as suas dimensões na mudança terapêutica, em diferentes modelos teóricos.

Relativamente aos resultados dos valores da sintomatologia depressiva e geral, como era esperado em ambos os casos é possível observar uma diminuição significativa da fase inicial até a fase final do processo terapêutico, no entanto, apenas no caso em TCC a variável produtividade emocional parece ser estatisticamente significativa na redução da sintomatologia depressiva e geral ao longo do processo terapêutico.

Em TCC, é possível verificar que o BDI-II evoluiu de forma ascendente até a sessão 8, onde atinge o seu pico, e evolui de forma descendente até ao final do processo terapêutico. Ainda na sessão 8, em simultâneo ao pico do BDI-II parece existir um aumento mais acentuado da produtividade emocional desde fase inicial do processo terapêutico, posto isto, esta sessão parece ser interessante na relação entre o BDI-II e a Produtividade Emocional. Parece ser a partir desta sessão, que se tornou possível verificar o primeiro aumento mais expressivo da produtividade emocional, e em simultâneo a partir desta sessão, surgiu uma redução significativa da sintomatologia depressiva até ao final do processo terapêutico. Através da análise da relação, as duas variáveis revelaram-se estatisticamente significativas mantendo uma correlação negativa, ou seja, é possível verificar que quando a produtividade emocional aumenta a sintomatologia depressiva diminui. Estes resultados sugerem, que há uma relação entre aumento da produtividade e a diminuição da sintomatologia depressiva. Apesar dos estudos relacionados com estas variáveis na abordagem TCC serem escassos, estudos realizados no âmbito de TFE por Moreira (2015), Costa (2016), Auszra et al. (2013) parecem corroborar estes resultados, onde nos casos de sucesso analisados é possível verificar que a produtividade emocional parece contribuir para a redução da sintomatologia depressiva. Ainda na sessão 16, foi possível verificar os valores do BDI-II abaixo do ponto de corte e o valor mais elevado em produtividade emocional de todo o processo terapêutico.

Relativamente aos resultados do OQ-45, parecem evoluir de forma ascendente até a sessão 4, e a partir desta mesma sessão, parece evoluir de forma descendente até ao final do processo terapêutico. A relação entre a produtividade emocional e o OQ-45 parece ser estatisticamente significativa como acontece com BDI-II, ou seja, quando a produtividade aumenta a sintomatologia geral parece diminuir, o que nos leva a concluir que parece existir uma relação entre o aumento da produtividade emocional e a redução da sintomatologia geral ao longo do processo. É ainda possível verificar que o OQ-45 atinge o seu pico na sessão 4, mas parece começar a reduzir significativamente a partir da sessão 8, esta diminuição do BDI-II e do OQ-45 a partir da sessão 8, pode ser melhor explicada, pelo facto de nesta sessão ter sido trabalhada a questão central de rejeição pela figura de vinculação materna, onde parece ter existido um maior acesso as emoções primárias, que por sua vez parece proporcionar uma maior resolução terapêutica (Auszra & Greenberg, 2007). Ainda na sessão 16, foi possível verificar o valor mais elevado em produtividade e o valor mais reduzido do OQ-45, apesar do caso em questão ser um caso sucesso, os valores do OQ-45 parecem não atingir a ponte de corte como esperado, o que parece ser melhor explicado pela elevada sintomatologia geral na fase inicial do processo terapêutico.

Em contraponto, no caso em TFE foi possível verificar uma evolução ascendente do BDI-II até a sessão 8, nesta sessão tal como acontece em TCC, o BDI-II atinge o seu pico e começa a diminuir até ao final do processo terapêutico. No entanto, ao analisar a relação com a produtividade, parece não ser possível encontrar uma relação estatisticamente significativa como era esperado. Estes resultados parecem não ir de encontro aos estudos realizados por Moreira (2015), Costa (2016), Auszra et al. (2013) onde a produtividade se demonstrou relevante para a diminuição da sintomatologia depressiva. No entanto, apesar de não ser possível verificar uma relação significativa entre a Produtividade Emocional e a sintomatologia depressiva, foi possível observar que foi a partir da sessão com o valor mais elevado de

Produtividade Emocional que a sintomatologia depressiva começou a diminuir até ao fim do processo terapêutico. Em relação ao OQ-45, parece revelar uma evolução descendente, até sessão 8 onde estabiliza até a sessão 12, e a partir desta última sessão diminui significativamente até ao fim do processo terapêutico. Ao analisar a relação entre o OQ-45 e a produtividade não foi possível verificar uma relação estatisticamente significativa.

No que diz respeito à ativação emocional, foi possível observar nos dois casos analisados, a sua existência ao longo de todo o processo terapêutico processo. Relativamente a sua evolução, é possível ainda verificar que em ambos os casos, evolui de forma irregular, ou seja, constatamos flutuações dos valores entre sessões.

No caso em TCC, a ativação emocional parece evoluir de forma descendente na fase inicial da terapia, e segue-se irregular até ao fim do processo terapêutico. Os valores mais baixos de ativação emocional deste caso foram pontuados na sessão 4 e 12, e os valores mais elevados nas sessões, 1, 8, e 16. Foi possível verificar ainda, que na sessão 8 e 16 parece ter existido um aumento mais significativo da produtividade face à sessão anterior, no entanto, a produtividade emocional e ativação emocional parecem diferir na sua evolução ao longo do processo. Assim sendo, verificamos que este resultado é contrastante com estudos prévios, Costa, (2016), Moreira, (2015) Auszra et al. (2013), em que se verificou que a medida que a produtividade aumentava a ativação emocional também aumentava. No entanto, foi possível verificar no presente estudo, que os valores mais elevados em ativação emocional estão presentes nas sessões em que a produtividade emocional evolui de forma mais significativa, ou seja, na sessão 8 e na sessão 16, o que parece ir de encontro à literatura, no que respeita a produtividade emocional, onde é referido que para atingir um bom resultado terapêutico e para que ocorra um processamento emocional produtivo, a ativação emocional aliada a expressão da emoção, parece ser fundamental.

Foi possível verificar que na sessão 8 começa a ocorrer uma redução significativa da sintomatologia geral e depressiva. Estudos realizados por Foa e Kozak (1986), Jaycox et al. (1998) verificaram que a ativação emocional parece ter contribuído para a redução da sintomatologia associada a experiências negativas, e por sua vez, ter contribuído para o sucesso terapêutico. No entanto parece não ser possível afirmar que foi ativação de forma singular que possa ter contribuído para redução da sintomatologia, mas sim, a combinação entre a ativação emocional e outras dimensões da produtividade emocional, ou seja, a ativação emocional parece não ser produtora, mas sim facilitadora da redução da sintomatologia. Esta relação, parece ir de encontro ao estudo realizado por Missirlan et al. (2005), em que se verificou que a combinação entre ativação emocional e o processamento emocional parece ser mais eficaz do que uma destas variáveis sozinha na redução da sintomatologia depressiva. Ainda neste caso, a sessão 8 e a sessão 16 parecem ter obtido os valores mais elevados em intensidade emocional. Desta forma podemos sugerir, que não é só a frequência de ativação emocional que parece contribuir para um processamento emocional produtivo e para a redução da sintomatologia, mas também a intensidade com que são experienciadas as problemáticas em terapia. Esta hipótese parece ir de encontro, ao estudo de Greenberg, Auszra, e Herrmann (2007), onde sugerem, que ao invés da frequência de elevada ativação emocional, a produtividade da expressão emocional e a produtividade de elevada ativação emocional, parecem ser mais relevantes para a mudança terapêutica.

Relativamente ao caso em TFE, parece obter, em média, os valores mais elevados em ativação emocional dos dois casos analisados, o que parece ser natural tendo em consideração, que em TFE o trabalho emocional é central na mudança e sucesso terapêutico, para que este ocorra é necessário ativar as estruturas emocionais, para serem exploradas e por fim transformadas por emoções mais adaptativas (Lane, Ryan, Nadel, & Greenberg, 2015). Em relação à evolução da ativação emocional, foi possível verificar que na fase inicial da terapia

evolui de forma ascendente e tal como aconteceu em estudos prévios de Costa, (2016), Moreira, (2015) Auszra et al. (2013), em que se verificou que á medida que a produtividade aumentava a ativação emocional também aumentava. No entanto, nas sessões 4, 8, 12 onde se verificaram os valores mais elevados em produtividade emocional, em simultâneo foi possível verificar os valores mais elevados em ativação emocional. Mas parece ter sido na sessão 8 em que ativação emocional elevada se revelou produtiva, ou seja, verificou-se um valor mais baixo em ativação emocional comparativamente à sessões 4 e 12, mas, no entanto, é possível verificar o valor mais elevado em produtividade emocional. O que acontece na sessão 8 parece corroborar as evidências da literatura, em que Auszra et al. (2013) e Greenberg (2010) sugerem que a ativação emocional necessita de ser elevada, mas simultaneamente moderada para que o processamento emocional ocorra, ou seja a ativação deve ser elevada o suficiente para ativar as experiências dolorosas, mas moderada o suficiente para que a reflexão cognitiva possa ocorrer.

A redução da sintomatologia depressiva e geral relevou-se mais significativa nas sessões em que predominou a ativação emocional, nomeadamente, na sessão 8 quando ocorreu o pico da produtividade emocional, e um valor elevado mas moderado de ativação emocional parece ter ocorrido uma redução significativa do BDI-II até ao fim do processo terapêutico, e na sessão 12 onde foi possível verificar o valor mais elevado de ativação emocional ocorre uma redução mais significativa do OQ-45. Desta forma parece não ser possível afirmar que a ativação emocional reduziu a sintomatologia depressiva, mas é possível sugerir tal como acontece em TCC que ativação emocional e produtividade emocional parecem contribuir para a redução da sintomatologia depressiva. Este resultado parece corroborar estudos prévios, Carryer e Greenberg (2010), Missirlian et al. (2005), Lane, Ryan, Nadel, e Greenberg, (2015), em que salientem a importância da ativação emocional, como meio para aceder e transformar as respostas de experiências dolorosas por informação mais adaptativa, de forma a ocorrer mudança terapêutica. Tal como acontece em TCC, as sessões com uma maior redução da

sintomatologia, nomeadamente, a sessão 8 e a sessão 12, parece ter sido onde ocorreu os valores mais elevados em intensidade emocional, o que corrobora, a importância não só da frequência da ativação emocional, mas também a intensidade com que as emoções são experienciadas.

Como era esperado, a TFE revelou valores mais elevado em intensidade emocional comparativamente ao caso em TCC, no entanto em ambos os casos a intensidade estava dentro do que é considerado pela literatura como uma intensidade produtiva (Carrier & Greenberg, 2010).

No caso em TCC, foi possível verificar a predominância das emoções negativas ao longo de todo o processo terapêutico. Na fase inicial da terapia, foi visível apenas a existência de emoções negativas, isto poderá estar associado ao sentimento de desesperança que a cliente trouxe para a terapia, nomeadamente numa fase inicial a cliente onde apresentava um discurso negativo relativamente a sua capacidade de mudança. Só a partir da sessão 8 foi possível verificar a existência de emoções negativas e emoções positivas, esta sessão parece ser interessante a nível de trabalho emocional, visto que a partir desta sessão é possível verificar uma redução significativa do BDI-II e do OQ-45 e um aumento das emoções positivas até ao final do processo terapêutico enquanto as emoções negativas estabilizam a partir da sessão 12 até a sessão 16. Ainda na sessão 16, foi possível verificar um aumento significativo das emoções positivas e da produtividade emocional, no entanto uma continuidade da predominância de emoções negativas. Este resultado parece não corroborar estudos prévios, Moreira (2015), Greenberg et al. (2007), onde na fase final da terapia era possível verificar uma predominância de produtividade emocional e emoções positivas face as emoções negativas num caso de sucesso em TFE. Por sua vez, estes resultados parecem melhor explicados pelo trabalho terapêutico realizado na última sessão. Ao que parece a sessão 16, foi uma sessão de consolidação terapêutica, onde existiu um apaziguamento e integração das problemáticas trabalhadas em terapia, o que parece ter contribuído para o aumento de emoções positivas e

produtividade emocional e uma diminuição das emoções negativas. Relativamente à predominância das emoções negativas ainda na fase final da terapia, parece estar relacionada com questão central de rejeição relacionada mãe, foi possível verificar que a cliente poderá ainda estar em fase de processamento emocional, ou seja, ainda não ter existido uma mudança emocional efetiva relativamente ao esquema de rejeição. Apesar de não ser possível verificar uma predominância das emoções positivas na fase final como era esperado, durante o processo terapêutico foi possível observar um aumento gradual de emoções positivas e produtividade ao longo do processo terapêutico, esta evolução poderá significar que foram ocorrendo mudanças ao longo do processo, e nomeadamente, que ambas contribuem para o sucesso terapêutico.

No caso em TFE, verificou-se que a valência emocional positiva e negativa evoluíram de forma ascendente na fase inicial do processo tal como aconteceu com a produtividade, na fase intermédia foi possível verificar o pico da produtividade emocional com uma elevada predominância de emoções negativas e inexistência de emoções positivas, e na 16 foi possível verificar um aumento significativo das emoções positivas e uma diminuição das emoções negativas, sendo a única sessão analisada, em que a valência positiva se revelou superior à valência negativa. Estes resultados parecem não ir de encontro aos estudos prévios de Greenberg et al. (2007) e Moreira (2015), onde ao longo do processo terapêutico as emoções positivas e a produtividade emocional aumentam e as emoções negativas diminui. Assim sendo neste caso em particular a produtividade emocional parece estar associada a uma maior ativação de emoções negativas. Fredrickson et al. (2000) mencionam que as emoções negativas podem ter uma função adaptativa ao alertarem o indivíduo para situações perigosas e dolorosas e auxiliar o mesmo a ir de encontro as suas necessidades. Neste sentido parecer ser relevante a ativação destas emoções negativas em terapia para seja possível a mudança das mesmas para emoções mais adaptativas. Apesar de neste caso existirem valores de produtividade emocional e valência positiva mais baixos do que era esperado para um caso de sucesso, parece que as

vezes em que existiu produtividade emocional foram significativas para a mudança emocional, nomeadamente, como se verificou na sessão 16, existe uma predominância de emoções positivas face a emoções negativas, que poderá significar a que já tenha ocorrido uma transformação de emoções desadaptativas por emoções mais adaptativas, como era esperado.

Em conclusão, em TCC a produtividade parece estar associada a predominância de emoções positivas, enquanto em TFE a produtividade emocional parece estar associada a emoções negativas, este resultado pode estar associado aos objetivos de cada abordagem teórica, onde em TCC existe um foco em produzir um alívio de emoções negativas, enquanto em TFE apesar de existir de existir o mesmo objetivo, é dada ênfase à importância da exploração e experiência de emoções negativas numa primeira fase para que possa ocorrer uma mudança para emoções mais positivas. Este resultado parece ainda corroborar a importância que Burum e Goldfried (2007) sugerem, que é o de reconhecer qual o papel efetivo da emoção nas diferentes abordagens teóricas de modo a compreender de que forma o trabalho emocional se pode adaptar aos objetivos da terapia.

5. Conclusão, limitações do estudo e futuras investigações

A presente investigação teve como intuito clarificar a importância de alguns constructos que têm sido destacados como relevantes para a mudança terapêutica, nomeadamente a produtividade emocional e ativação emocional, nas abordagens teóricas TFE e TCC. Os resultados pretendem ainda contribuir para a escassez de estudos na área da produtividade emocional e elucidar como o mesmo pode contribuir para mudança em terapias mais directivas, como é o caso de TCC.

Assim, através do presente estudo, foi possível verificar a presença de produtividade emocional ao longo de todo o processo terapêutico em ambos os casos, em TCC a produtividade emocional tende a apresentar os valores mais elevados numa fase final do processo terapêutico, e parece ser significativa para o alívio da sintomatologia depressiva e geral. Em contraste,

em TFE a produtividade emocional parece apresentar os valores mais elevados na fase intermédia da terapia e não é possível verificar uma relação significativa entre a produtividade Emocional e a redução da sintomatologia como era esperado. No entanto é possível notar a presença de uma maior produtividade emocional em sessões que parecem ser relevantes para a redução da sintomatologia. Ao que se verifica ao nível da ativação emocional, foi possível denotar uma maior presença de ativação emocional e intensidade emocional aquando da presença de produtividade emocional em sessões significativas para o processo de mudança.

Desta forma, parece não ser possível afirmar que a ativação por si só possa ser significativa para a redução da sintomatologia, mas aliada a outras variáveis do processo terapêutico parece contribuir para a mudança. Importa ainda referir, que a produtividade emocional em TCC parece estar melhor relacionada com emoções de valência positiva, enquanto em TFE a produtividade emocional parece estar melhor relacionada com emoções de valência negativa. Ainda de uma forma geral, TFE apresenta valores mais elevados em produtividade emocional e ativação emocional relativamente ao caso em TCC.

Em relação às limitações do estudo, relativamente a literatura parecem existir poucos estudos associados aos construtos de produtividade emocional e ativação emocional em diferentes abordagens teóricas, parece existir também poucos estudos a clarificar qual o papel efetivo das emoções em TCC. Relativamente ao método, nos dois casos foram ainda analisados apenas segmentos 20 minutos de 5 sessões em cada abordagem. A limitação da amostra pode ter contribuído para não ser possível verificar algumas diferenças mais significativas e uma maior compreensão destes construtos ao longo do processo terapêutico.

Para finalizar, considera-se que, em futuras investigações, seria importante dar continuidade a investigações no âmbito da produtividade emocional e ativação emocional em diferentes abordagens teóricas. É também sugerido que o estudo seja replicado numa amostra mais alargada e que seja possível verificar em que fases do processo terapêutico existe uma

maior produtividade emocional. Seria também relevante analisar casos de insucesso e contrastar os resultados de forma a compreender o que pode contribuir para um pobre resultado terapêutico. É proposto ainda uma maior investigação acerca do papel das emoções na mudança em diferentes abordagens teóricas, enfatizando, o caso da abordagem Cognitivo-Comportamental.

6. Referências Bibliográficas

- Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H., & Damasio, A. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature*, 372(6507), 669-672.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity—Optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732-746.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. R. (2010). Client Emotional Productivity Scale-Revised. *Unpublished manuscript, York University, Toronto, Ontario, Canada*.
- Baker, R. (2001). An emotional processing model for counselling and psychotherapy: a way forward. *Counselling in Practice*, 7(1), 8-11.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 167-178.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American psychologist*, 63(2), 77.
- Burum, B. A., & Goldfried, M. R. (2007). The centrality of emotion to psychological change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 407-413.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the beck depression inventory-II (BDI-II). *European journal of psychological assessment*.

- Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research*, 23(1), 35-53.
- Carrier, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 190.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17(4), 222-226.
- Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233.
- Costa, D. (2016) Produtividade Emocional em psicoterapia: Um estudo acerca da sua evolução, ao longo da resolução do dano emocional. . Manuscrito não publicado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Porto, Portugal.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II*. American Psychiatric Pub.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20.
- Fonseca, R. J. R. M. D., Silva, P. J. D. S. P., & Silva, R. R. D. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 81-90.

- Greenberg, L. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36*(2), 87-93.
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy, 51*(3), 350.
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy integration, 12*(2), 154.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 3-16.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus, 8*(1), 32-42.
- Greenberg, L. S., & Angus, L. (2004). The contributions of emotion processes to narrative change in psychotherapy. *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research, 331-351*.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology, 62*(5), 611-630.
- Greenberg, L. S., & Van Balen, R. (1998). The theory of experience-centered therapies. *Handbook of experiential psychotherapy, 28-57*.
- Greenberg, L. S., Auszra, L., & Herrmann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research, 17*(4), 482-493.
- Hartman, D., & Zimberoff, D. (2004). Corrective Emotional Experience in the Therapeutic Process. *Journal of Heart-Centered Therapies, 7*(2).
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*(1), 185.

- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*(4), 249-258.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences, 38*.
- Machado, P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(4), 427-437.
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and individual differences, 39*(7), 1249-1260.
- McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they?. *Behavior Therapy, 33*(4), 529-550.
- Missirlan, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 861
- Moreira, I. (2015) Produtividade emocional e a sua relação com a ativação emocional e a aliança terapêutica: Um estudo de dois casos contrastantes de Terapia Focada nas Emoções. Manuscrito não publicado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Porto, Portugal.
- Paivio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy, 50*(3), 341.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão.

- Rogan, M. T., & LeDoux, J. E. (1996). Emotion: Systems, Cells, Synaptic Plasticity. *Cell*, 85(4), 469-475.
- Safran, J. D., & Greenberg, L. S. (1987). Affect and the unconscious: A cognitive perspective.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Seggar, L. B., Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy*, 33(2), 253-269.
- Warwar, S., & Greenberg, L. S. (1999). Client emotional arousal scale-III. *Unpublished manuscript, York University, Toronto, Ontario, Canada*.
- Watson, J. C., & Bedard, D. L. (2006). Clients' emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 152.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 579-583.